



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

# Narodowy Program Zdrowia 2016–2020

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA  
2016–2020

Materiały z konferencji Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP i Senatu RP  
zorganizowanej z okazji 45-lecia powstania Studium Medycyny Społecznej  
i 20-lecia przekształcenia Studium w Szkołę Zdrowia Publicznego

8 marca 2017 r.



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

NARODOWY PROGRAM ZDROWIA  
2016–2020

Kancelaria Senatu  
Warszawa 2018

Przedruk materiałów Kancelarii Senatu w całości lub części możliwy jest wyłącznie za zgodą Kancelarii Senatu. Cytowanie oraz wykorzystanie danych empirycznych dozwolone jest z podaniem źródła.

Współpraca przy opracowaniu tekstów  
WOJCIECH STEFAN ZGLICZYŃSKI

Redaktor  
MAŁGORZATA POGODA

Redaktor techniczny  
JACEK PIETRZAK

Zdjęcia  
KATARZYNA CZERWIŃSKA

ISBN 978-83-65711-25-0

Centrum Informacyjne Senatu  
**Dział Edycji i Poligrafii**  
Warszawa 2018  
Nakład 90 egz.

# SPIS TREŚCI

## OTWARCIE KONFERENCJI

Senator Waldemar Kraska . . . . .	11
Marszałek Senatu Stanisław Karczewski . . . . .	11
Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert . . . . .	13
Senator Waldemar Kraska . . . . .	15

## WYSTĄPIENIE . . . . . 17

Dr n.med. Jarosław Pinkas – <i>Ustawa o zdrowiu publicznym – między potrzebami a możliwościami</i> . . . . .	19
--	----

## DYSKUSJA PANELOWA

<i>Zdrowie publiczne (nauka i sztuka poprawy zdrowia populacji) – partner czy konkurent medycyny naprawczej?</i> . . . . .	27
--	----

Senator Waldemar Kraska . . . . .	29
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	29
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtczak . . . . .	29
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	31
Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert . . . . .	31
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	32
Prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki . . . . .	32
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	34
Dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski . . . . .	34
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	36
Prof. dr hab. n. med. Monika Puzianowska-Kuźnicka . . . . .	36
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	38
Dr hab. Janusz Sytnik-Czetwertyński . . . . .	39
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	40
Prof. dr n. med. Andrzej Wojtczak . . . . .	40
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	41
Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert . . . . .	41
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	42
Dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski . . . . .	42
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	42
Prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki . . . . .	42

Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	.43
Prof. dr hab. n. med. Monika Puzianowska-Kuźnicka . . . . .	.43
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	.44
Dr hab. Janusz Sytnik-Czetwertyński . . . . .	.44
Dr n. med. Jarosław Pinkas . . . . .	.45
Senator Waldemar Kraska . . . . .	.46

#### WYSTĄPIENIE

Dr hab. n. med. Dorota Cianciara – <i>Narodowy Program Zdrowia 2016–2020 – szanse i zagrożenia</i> . . . . .	.49
--	-----

#### DYSKUSJA PANELOWA

##### *Jak osiągnąć sukces Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020?*

Senator Waldemar Kraska . . . . .	.59
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.59
Dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski . . . . .	.59
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.60
Stanisław Szwed . . . . .	.61
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.62
Dariusz Poznański . . . . .	.63
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.65
Marek Wójcik . . . . .	.66
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.69
Dr n. med. Justyna Grudziąż-Sękowska. . . . .	.69
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.72
Stanisław Szwed . . . . .	.73
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.73
Dariusz Poznański . . . . .	.73
Marek Wójcik . . . . .	.74
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.74
Dr n. med. Justyna Grudziąż-Sękowska. . . . .	.74
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.74
Dr n. hum. Zofia Słońska . . . . .	.75
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.76
Dr Paweł Goryński . . . . .	.76
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.76
Dr hab. n. med. Janusz Kocik . . . . .	.77
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara . . . . .	.84
Dr hab. Janusz Sytnik-Czetwertyński . . . . .	.84
Dr hab. m. med. Dorota Cianciara . . . . .	.85
Senator Waldemar Kraska . . . . .	.85

#### WYSTĄPIENIE

Dr Iwona Wrześniewska-Wal – <i>Organizacja i zasoby kadrowe zdrowia publicznego w Polsce</i> . . . . .	.89
--	-----

Dyskusja panelowa	
<i>Czy mamy wystarczający potencjał, aby osiągnąć sukces Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020?</i>	.95
Dr n. hum. Zofia Słońska	.97
Dr Iwona Wrześniewska-Wal	100
Dr Paweł Goryński	100
Dr n. med. Jacek Putz	102
Dr Iwona Wrześniewska-Wal	105
Dr n. med. Daniel Śliż	106
Dr Iwona Wrześniewska-Wal	108
Dr Wojciech Zgliczyński	109
Dr Iwona Wrześniewska-Wal	113
Dr Jacek Pruszyński	114
Dr Iwona Wrześniewska-Wal	119
Mgr Bartosz Kobuszewski	119
Dr Iwona Wrześniewska-Wal	119
ZAMKNIĘCIE KONFERENCJI	121
Senator Waldemar Kraska	123
Dr hab. n. med. Dorota Cianciara	123
Dr n. med. Jarosław Pinkas	124
Senator Waldemar Kraska	124
CENTRUM MEDYCZNE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO	125
FOTORELACJA	131





# Otwarcie konferencji



## **Senator Waldemar Kraska\***

Dzień dobry. Jest mi bardzo miło powitać państwa w Senacie Rzeczypospolitej Polskiej na konferencji zorganizowanej przez Szkołę Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Senat Rzeczypospolitej. Tematem dzisiejszej konferencji jest „Narodowy Program Zdrowia 2016–2020”.

Szanowni Państwo! Pozwólcie, że przywitam gospodarza tego miejsca, pana marszałka Stanisława Karczewskiego. To dzięki jego zaangażowaniu i poparciu ta konferencja odbywa się w Senacie RP. Witam bardzo serdecznie pana profesora Ryszarda Gellerta, dyrektora CMKP.

Teraz poproszę pana marszałka o kilka słów i otwarcie dzisiejszej konferencji.

## **Marszałek Senatu Stanisław Karczewski**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Chciałbym bardzo serdecznie państwa przywitać w Senacie na konferencji, której temat i zakres za chwileczkę będzie przedstawiony przez pana profesora. Bardzo miło, że możemy spotkać się po raz kolejny w gmachu Senatu. Powtarzam podczas każdej konferencji, że tu, w Senacie, poza sporem politycznym mamy nieco więcej czasu do refleksji, zastanowienia się, również do spojrzenia wstecz. To jest miejsce, w którym często podejmujemy debatę, dyskusję merytoryczną, rozmawiamy o problemach Polaków. Rozmawiamy bardzo często również o problemach zdrowia. Dziś będziecie państwo rozmawiali – bo ja niestety będę musiał za chwilę opuścić Senat, mam ważne spotkanie – o zdrowiu publicznym. To niezwykle istotny temat. Bardzo się cieszę, że padła propozycja ze strony pana ministra Jarosława Pinkasa, aby taką konferencję

---

\* Senator Waldemar Kraska – przewodniczący Komisji Zdrowia.

zorganizować, przy zaangażowaniu pana przewodniczącego Komisji Zdrowia Waldemara Kraski. Cieszę się, że się tu spotkaliśmy i że będziemy na ten niezwykle ważny temat rozmawiać.

Dwa dni temu mieliśmy tutaj konferencję na temat otyłości, a po kilku godzinach miałem spotkanie z przewodniczącymi parlamentów krajów Grupy Wyszehradzkiej. Zainspirowany bardzo ciekawymi wypowiedziami, pozwoliłem sobie na ten temat rozmawiać podczas kolacji. Muszę powiedzieć, że część osób później bardzo chwaliła menu, które sprzyjało utrzymaniu linii. A menu, muszę państwu powiedzieć – a mieliśmy tę kolację w miejscu wyjątkowym, w Pałacu w Wilanowie – było z czasów króla Jana III Sobieskiego. Jedzenie świetnej jakości. Mamy programy kulinarne, które promują zdrową żywność, ale czasami taka żywność nie jest promowana, nie zawsze jest polecana, a powinniśmy mieć ją na swoich stołach. Tak więc ten problem poruszyłem. Pozwoliłem sobie nawet na żart, że gdybyśmy nagle w Polsce spowodowali, że wszyscy staliby się szczupli, nie byłoby otyłości, i gdyby udało nam się wyeliminować z naszego życia nikotynę, to moglibyśmy zmniejszyć środki na opiekę zdrowotną. No ale tak dobrze nie ma, z dnia na dzień tego nie osiągniemy.

Jednak gdybyśmy sobie wyznaczili tylko dwa takie cele, że będziemy mieli społeczeństwo, które będzie dbać o aktywność fizyczną, które będzie dbać o to, żeby się zdrowo odżywiać, i nie będziemy mieli w swoim otoczeniu dymu papierosowego, no to byłoby dobrze. Mówiłem o tym w Instytucie Onkologii, również minister zdrowia, pan Konstanty Radziwiłł, mówił o tym, że świetnie byłoby, gdybyśmy stworzyli taki program na kilkadziesiąt lat – bo z dnia na dzień tego zrobić nie można – że Polska byłaby wolna od nikotyny. Mielibyśmy oszczędności w systemie opieki zdrowotnej, 20-30 miliardów złotych, leczenie chorób i powikłań otyłości to następne 20-30 miliardów, więc faktycznie można powiedzieć, że tylko te dwie sprawy niemal pokrywają nasz budżet z Narodowego Funduszu Zdrowia, który wynosi mniej więcej siedemdziesiąt kilka miliardów złotych. Proszę państwa, za i przed nami bardzo dużo zadań. Cieszę się, że jest Szkoła Zdrowia Publicznego przy CMKP. Przed konferencją rozmawialiśmy chwilę na ten temat. Umówiliśmy się na dalsze rozmowy. Cieszę się, że o zdrowiu publicznym uczą się również lekarze wszystkich specjalności. To bardzo dobrze, by poza wiedzą na temat swojej specjalności mieć wiedzę szerszą i widzieć nie tylko pacjenta, ale również otoczenie i to, co dotyczy naszego zdrowia i dbałości o nie na co dzień.

W Polsce jest dużo do zrobienia, więc cieszę się, że państwo aktywnie pracujecie, że macie plany. Te zamierzenia w dużej części pokrywają się również z moimi poglądami. Myślę, że będziemy współpracować i osiągać coraz lepsze efekty. Oczywiście to nie jest do zrobienia w ciągu roku ani dwóch lat.

Problemów z koordynacją pracy w zakresie zdrowia publicznego jest bardzo wiele, bo to dotyczy nie tylko Ministerstwa Zdrowia, nie tylko Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Finansów, prawda? Tak że potrzebna jest współpraca i zrozumienie, również polityczne, bo w gmachu Senatu rozmawiamy o wielu problemach, ale później podejmujemy decyzje polityczne. Ja się tego nie wstydzę, bo jesteśmy politykami i po to przyszlśmy do polityki, żeby podejmować decyzje polityczne dla dobra Polek i Polaków.

Życzę państwu udanej konferencji.

Kiedyś traktowałem z przymrużeniem oka Dzień Kobiet, ale to jest święto, które wpisało się w naszą historię. Zawsze składałem życzenia mamie, dziś złożyłem swojej żonie. Wszystkim paniom tu obecnym z okazji Dnia Kobiet życzę wszystkiego najlepszego. Dziękuję bardzo.

### **Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert\***

Szanowni Państwo! Panie Marszałku! Panie Przewodniczący!

Bardzo dziękuję przede wszystkim za to, że jako rektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wraz z ludźmi, którzy pracują w Szkole Zdrowia Publicznego, mam możliwość w miejscu tak szacownym, tak ważnym dla zdrowia całego narodu otwierać tę konferencję razem z panem marszałkiem.

Bardzo dziękujemy za życzliwość. Nasze wysiłki są doceniane. Bardzo, bardzo za to dziękuję. Pozwolę sobie też przyłączyć się do życzeń, które pan marszałek złożył paniom. Wszystkiego najlepszego. Chciałbym też powitać niezwykle serdecznie wielu znakomitych gości, którzy zaszczycili nas swoją obecnością. Witam pana profesora Mirosława Wysockiego, konsultanta krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego. Witam pana profesora Tomasza Zdrojewskiego z Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Nie mogę nie wspomnieć o znakomitościach naszej Szkoły Zdrowia Publicznego: pan profesor Andrzej Wojtczak – znakomitość dla każdego internisty, który się uczył z podręczników. Nie mogę też zapomnieć o *spiritus movens* wielu, również moich, poczynań, panu ministrze Jarosławie Pinkasie. Wiele osób na tej sali będzie brało udział w dyskusji. Jest wśród nich pani profesor Dorota Cianciara, dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, która jest organizatorem tego spotkania. Mógłbym tak wymieniać i wymieniać. Proszę państwa, witam wszystkich, którzy przyszli,

---

\* Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert – dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

naprawdę jestem zaszczycony, że jest aż tyle osób. Witam też tych, którzy jeszcze dołączają.

Powiem kilka słów na temat Narodowego Programu Zdrowia 2016–2020, bo temu jest poświęcone nasze spotkanie.

Proszę państwa, Narodowy Program Zdrowia to dokument strategiczny dla zdrowia publicznego, którego głównymi celami są: wydłużenie życia Polaków, poprawa jakości ich życia, ograniczenie społecznych nierówności w dziedzinie zdrowia, a cele operacyjne i zadania służące ich realizacji muszą przyczyniać się do ograniczenia tych nierówności. Powstaje pytanie: dlaczego akurat rząd ma się tym zajmować, a nie ludzie? Dlaczego państwo? Otóż konstytucja mówi jednoznacznie, że każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia, a władze publiczne zapewniają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i są zobowiązane – zapewniają i są zobowiązane – do pewnej szczególnej opieki. I to wcale nie jest, proszę państwa, takie oczywiste. My to przyjmujemy jako oczywiste w naszym kraju, ale nie zapominajmy, że to nie jest tylko odpowiedzialność rządu. Trybunał Konstytucyjny w 1996 r. jednoznacznie się wypowiedział, że prawo obywateli do ochrony zdrowia nie może być rozumiane jako całkowite zdjęcie z obywateli troski o ochronę ich zdrowia. My musimy im trochę pomóc, ale obywatele też muszą coś robić. To wcale nie jest takie jasne.

Konstytucja z 17 marca 1921 r. mówiła jedynie, jeśli chodzi o zdrowie, że praca zarobkowa dzieci poniżej 15 lat, praca nocna kobiet i robotników młodocianych w gałęziach przemysłu szkodliwych dla zdrowia jest zakazana. I ani słowa więcej. Konstytucja z 1935 r. – konstytucja kwietniowa – w ogóle nie wspominała o zdrowiu, dopiero w konstytucji z 1952 r. zapisano prawo do ochrony zdrowia, mieli je obywatele Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w owym czasie, a temu miał służyć rozwój organizowanej przez państwo ochrony zdrowia ludności. W tej chwili w naszej konstytucji mamy art. 68, ale i art. 30, 38, 39, 40, 41, które mówią o tym, że zdrowie jest ważne. To pokazuje, jak dużo w naszej konstytucji mówimy o zdrowiu. Nie zawsze tak było. Przed 1970 r. niecałe 20% krajów miało wpisane zdrowie do swoich konstytucji. Dzisiaj to jest 90%. Ciągłe jesteśmy w czołówce. Ale proszę zwrócić uwagę, że to zależy od regionu: im biedniejszy region, tym bardziej państwo musi uczestniczyć w ochronie zdrowia. W Europie to 71,7%.

Sporo krajów nie gwarantuje ochrony zdrowia konstytucyjnie. W wielu państwach tylko pewne grupy mają dostęp. Ale to nie znaczy, że obywatel, który widzi wzmiankę o zdrowiu w konstytucji, ma prawo dostępu do świadczeń medycznych. Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Norwegia, Szwecja w ogóle o tym nie wspominają. I nie jest prawdą, że wszyscy mają prawo do zdrowia publicznego, tylko w niewielkiej liczbie krajów jest taki dostęp. My, proszę

państwa, jako CMKP jesteśmy gdzieś pomiędzy, łączymy to, o czym pani profesor Cianciara na pewno będzie mówiła, łączymy zdrowie jako pojęcie, które wymaga medycyny naprawczej, z tą szkołą zdrowia publicznego, która mówi o prewencji, czemu jest poświęcony cały program zdrowia.

W związku z tym, proszę państwa, przechodzimy do tego punktu. Skoro złożoność i koszt świadczeń zdrowotnych przekracza możliwości opłacania przez pojedyncze osoby i problemy ochrony zdrowia stają się gwarantowane konstytucyjnie, to w Polsce zapewnienie dostępu do świadczeń jest zadaniem władz publicznych, a nie korporacji zawodowych czy instytucji ubezpieczeniowych. A zatem CMKP spełnia to zadanie: zapewnianie kadr dla świadczenia opieki zdrowotnej. To też jest zadanie władz publicznych, i my to musimy robić.

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego wykonuje połowę tej pracy, która jest związana z kształceniem specjalistów w Polsce, i koordynuje całe szkolenie kadr, obecnie również wszystkich zawodów mających zastosowanie w medycynie. To jest wielkie zadanie koordynacyjne. Szkoła Zdrowia Publicznego bierze w tym ogromny udział, kształcąc lekarzy w zakresie zdrowia publicznego, i prowadzi prace badawcze w tej dziedzinie.

Właściwie na tym chciałbym zakończyć. To jest według naszej konstytucji odpowiedzialność państwa, żeby wyszkolić lekarzy nie tylko w leczeniu, ale również w pojęciu systemu opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego. Bardzo dziękuję. Życzę owocnych dyskusji.

## **Senator Waldemar Kraska**

Dziękuję, panie profesorze, za te słowa.

Kolejnym punktem naszej konferencji jest wystąpienie pana doktora Jarosława Pinkasa, więc zapraszam na mównicę.





# Wystąpienie



## Ustawa o zdrowiu publicznym – między potrzebami a możliwościami

Panie Senatorze! Panie Ministrze! Panie Dyrektorze! Szanowni Państwo!

To wielki zaszczyt, że mogę dzisiaj przed państwem stanąć i opowiadać o rzeczy nadzwyczajnej, bo wydaje mi się, że te ostatnie półtora roku to nadzwyczajny czas dla zdrowia publicznego. Myślę, że po raz pierwszy w historii mogliśmy powiedzieć, że nastąpił tutaj istotny przełom. Do tej pory zdrowie publiczne było czymś trudnym do zdefiniowania, wszyscy o nim mówili, ale tak naprawdę, kiedy staraliśmy się dociec, czym jest zdrowie publiczne, był z tym wielki problem. Była to sfera marzeń, sfera niezrealizowana. Proszę państwa, by realizować marzenia, trzeba mieć narzędzia, trzeba być zdeterminowanym, mieć charyzmę. I tak się zdarzyło, że w ostatnich latach w zdrowiu publicznym pojawili się ludzie z charyzmą. To wszyscy ci, którzy pracowali nad ustawą o zdrowiu publicznym, ale także ci, którzy stanowią integralną część tej ustawy, to znaczy wszyscy pracujący w instytucjach odpowiedzialnych za zdrowie publiczne w Polsce.

Ustawa o zdrowiu publicznym powstawała w bólach. Pamiętam, że po raz pierwszy pracowaliśmy nad nią mniej więcej 12 lat temu, również prawie gotowy projekt powstał w zespole pana profesora Zbigniewa Religi, który był ministrem zdrowia. Wtedy pracował nad ustawą pan minister Andrzej Wojtyła, obecny senator. Proszę zobaczyć, jak długi czas musiał minąć, żeby doszło do konsensusu, a także zgody politycznej, by ta ustawa mogła wejść w życie.

Proszę państwa, ustawa powołuje pełnomocnika rządu, chociaż on w tej chwili de facto nie jest powołany, z różnych względów, ponieważ jest to zapis fakultatywny. Do tej pory zajmował się tym sekretarz stanu. Miałem przyjemność zajmować się zdrowiem publicznym do lutego 2017 r. Ta ustawa także powołała Radę do spraw Zdrowia Publicznego i tutaj muszę powiedzieć, że spotkał nas niezwykle zaszczyt, bo szefem rady jest pan minister Stanisław Szwed, sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Płacy i Polityki Społecznej,

---

\* Dr n. med. Jarosław Pinkas – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

który jeszcze nie został przywitany i sugeruję, żebyśmy powitali go oklaskami, ponieważ jest niezwykle zasłużony na tym polu, w ciągu ostatniego półtora roku jego wysiłek był naprawdę imponujący.

Rada jest ciałem, które działa. To nie fasada, ale ciało niezwykle kreatywne. Po raz kolejny dziękuję panu ministrowi za takie prowadzenie Rady do spraw Zdrowia Publicznego. Także ustawa o zdrowiu publicznym zobowiązuje nas do tworzenia Narodowego Programu Zdrowia, komitetu sterującego Narodowego Programu Zdrowia i wskazuje, co jest najbardziej istotne w tym wszystkim, po raz pierwszy w historii ustawa wskazuje konkretne środki finansowe.

Jakie są zadania z zakresu zdrowia publicznego? Po pierwsze, monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia, profilaktyka chorób, działania w celu rozpoznania i liniowania lub ograniczenia zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego, psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji. To jest bardzo ważne, ten ostatni punkt. Spektrum jest szerokie. Analiza adekwatności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. To też bardzo istotne. Zapominamy, że mamy to zapisane w ustawie, że ktoś może analizować, jak funkcjonuje system opieki zdrowotnej. Od tego mamy instytucje, zapisane zresztą w ustawie.

Na sali siedzą przedstawiciele polskiej nauki. Niezwykle ważne jest inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia publicznego. Na świecie zdrowie publiczne jest już terminem powszechnie uznanym, to jest wielka dyscyplina naukowa, nie tylko zresztą naukowa. Także rozpoznawalna przez przeciętnego obywatela, na przykład w Stanach Zjednoczonych.

Istotny jest rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Mamy na szczęście bardzo dobre uczelnie, w których kształcimy specjalistów zdrowia publicznego. Ci specjaliści zaczęli już pracować w Ministerstwie Zdrowia. Jeden z magistrów zdrowia publicznego, pan dyrektor Dariusz Poznański, jest jednym z twórców tej ustawy. Gdyby nie on, nie byłoby ustawy, ale także nie byłoby jej realizacji. To zrobił absolwent krakowskiej uczelni. Jest specjalistą, wicedyrektorem departamentu. Pracuje tam już wiele osób, które kończyły zdrowie publiczne, zresztą pracują na różnych uczelniach w kraju. Ci ludzie wreszcie zaczęli funkcjonować w przestrzeni publicznej. Ich zadaniem jest ograniczenie nierówności w zdrowiu, wynikających z warunków społeczno-ekonomicznych, i oczywiście działania w obszarze aktywności fizycznej.

Jakie instytucje są wymienione w ustawie? Narodowy Fundusz Zdrowia, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, który tak naprawdę powinien być i jest liderem, jednostki właściwe w sprawach przeciwdziałania uzależnieniom, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro

do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Instytut Medycyny Wsi, Główny Inspektor Sanitarny, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Państwowy Zakład Badawczy, Główny Inspektor Sanitarny i Główny Inspektor Sanitarny Wojska Polskiego. I tutaj być może nastąpią pewne zmiany, ponieważ w tej chwili trwają prace w resorcie zdrowia nad powołaniem urzędu zdrowia publicznego, czyli takiej jednostki, która będzie koordynowała te wszystkie działania. Myślę, że to doskonały pomysł, ta implikacja wynikająca z ustawy stworzy niezwykle mocne narzędzie do realizacji całego programu.

Proszę państwa, wszystkie prace dotyczące ustawy i implikacji ustawy odbywają się w sposób kolegialny. To jest dla nas niezwykle ważne. Dochodzimy oczywiście do konsensusu. Powstał Komitet Sterujący Narodowego Programu Zdrowia. Ten komitet nadzoruje i koordynuje. Rozwiązuje problemy związane z NPZ. W Komitecie są przedstawiciele ministrów wskazanych w Narodowym Programie Zdrowia jako podmioty odpowiedzialne. Komitet spotyka się systematycznie. Jest ciałem niezwykle kreatywnym i funkcjonalnym. To zaczęło działać.

A najważniejsze, powtórzę to później jeszcze raz, z ustawy wynikają implikacje finansowe. Ta ustawa to 140 milionów złotych wydawanych co roku na zdrowie publiczne z dwóch strumieni: pierwszy to strumień budżetowy, a drugi, równie istotny, to środki pochodzące z funduszu rozwiązywania problemów hazardowych, funduszu rozwoju kultury fizycznej i funduszu zajęć sportowych. Do tej pory nigdy nie było na to pieniędzy, wszystko było w sferze deklaratywnej. No ale na Boga, nie da się niczego zrobić bez pieniędzy w szeroko rozumianej ochronie zdrowia. Teraz pieniądze wreszcie są.

Proszę państwa, jakie są wyzwania dla zdrowia publicznego na następną dekadę? Na tej podstawie stworzono właśnie ustawę. Po pierwsze, wiadomo, że liczba zgonów będzie znacząco przewyższać liczbę urodzeń, aczkolwiek tutaj drobna dygresja. Chcę państwu powiedzieć, że przez ostatnie 3 miesiące mamy wreszcie odwrócenie trendu demograficznego, 35 tysięcy urodzeń co miesiąc i tylko 30 albo, niestety, aż 30 tysięcy zgonów. Czyli zaczyna się rysować lekka poprawa sytuacji demograficznej. Oczywiście absolutnie pewne jest to, że ludzie będą żyli dłużej. Natomiast mamy pewną dywersyfikację, jeżeli chodzi o długość życia, musimy doprowadzić tutaj do pewnej równości społecznej i równości we wszystkich regionach Polski. Również jest oczywiste, że rozpowszechniać się będą choroby cywilizacyjne i będziemy mieli z tym coraz większy problem.

Proszę państwa, implikacją ustawy jest Narodowy Program Zdrowia. Został przyjęty przez Radę Ministrów 4 sierpnia 2016 r. Można by zapytać: dlaczego tak późno, skoro ustawa weszła w życie we wrześniu 2015 r.? W Dzienniku

Urzędowym pojawiła się 18 listopada. Pamiętam to dokładnie, dlatego że był to dzień mojej nominacji na sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Muszę powiedzieć, że to dla mnie coś zupełnie nadzwyczajnego, bo kiedy została opublikowana, zacząłem się nią zajmować.

Stworzyć NPZ i racjonalnie wydać 140 milionów złotych – trzeba robić to w taki sposób, żeby po pierwsze, doszło do konsensusu środowiskowego, po drugie, doszło do konsensusu między resortami, a po trzecie i czwarte, musieliśmy mieć pewność, że to będą dobrze wydane pieniądze. Łatwo jest wylać dziecko z kąpielą. Jakikolwiek błąd na wstępie może spowodować, że ustawa zostanie skrytykowana, że będziemy nad nią pracować, a tak naprawdę nie osiągniemy celu. To długotrwała, trudna praca. Dziękuję Departamentowi Zdrowia Publicznego, pani dyrektor Justynie Mieszalskiej i panu dyrektorowi Dariuszowi Poznańskiemu, że udało się to zrobić, że udało się doprowadzić do konsensusu, przede wszystkim między ministrami. Proszę pamiętać o tym, że w rządzie także jest tak, że każdy ma różne pomysły na to, w jaki sposób te pieniądze powinny być wydawane, a szczególnie trudny resort, w pozytywnym sensie, to resort finansów. Na szczęście udało nam się. Jak państwo widzicie, w Dzienniku Ustaw pojawiło się to 16 września 2016 r., czyli mieliśmy asumpt do tego, żeby wydawać środki finansowe. I te środki są cały czas wydawane.

NPZ, proszę państwa, ma cele operacyjne. Tutaj chyłę czoła przed tymi, którzy tworzyli ustawę, dlatego że nie nastąpiła nadmierna dywersyfikacja. Nie ma nic gorszego niż dyspersja środków finansowych. NPZ skoncentrował się na sześciu celach operacyjnych: pięć było na samym początku. Ja muszę powiedzieć, że w momencie, kiedy zaczęliśmy pracować z ministrem Konstantym Radziwiłłem nad NPZ, stwierdziliśmy, że bardzo ważny jest szósty cel: prawa zdrowia prokreacyjnego, to jest cel dodany przez nas. Celów jest tylko sześć. Nie mamy nadmiernej dywersyfikacji. (rys.1)

Pierwszy cel to poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej. Cel drugi: profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Cel trzeci: profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa. Czwarty: ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych, biologicznych, w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki; dzięki temu możemy się zajmować też smogiem. Cel piąty: promocja zdrowego i aktywnego starzenia się, no i cel szósty: poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Proszę państwa, co jest w Narodowym Programie Zdrowia? Po pierwsze, monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa – to jest skierowane do

# NPZ 2016-2020

➤ **Cel strategiczny NPZ, ukierunkowany na wydłużenie życia w zdrowiu ludności RP i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu (art. 9 ust. 2 ustawy), jest realizowany poprzez zadania skatalogowane zgodnie z celami operacyjnymi NPZ:**

1. Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.
2. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
3. Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa.
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
5. Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się.
6. Poprawa zdrowia prokreacyjnego.



Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
Szkoła Zdrowia Publicznego



Rys. 1

naszych placówek naukowych – edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych, promocja zdrowia, profilaktyka chorób, działania w celu rozpoznawania i eliminowania lub ograniczenia zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego, psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji. Poza tym analiza adekwatności udzielanych świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb społeczeństwa, inicjowanie i prowadzenie badań naukowych, rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań, ograniczenie nierówności wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i działania w obszarze aktywności fizycznej. (rys. 2 i 3)

Jak działa NPZ? *Polityc*, edukacja zdrowotna, szkolenie kadr, profilaktyka, współpraca krajowa, międzynarodowa, monitoring, ewaluacja, badania i pilotaże. Pełne spektrum zdrowia publicznego. Jak wygląda finansowanie NPZ? Odbywa się dwutorowo. Po pierwsze, organizujemy konkursy na zawieranie umów i realizację zadań, ale istnieje też, co bardzo istotne, tryb wnioskowy, który po prostu wskazuje podmiot wnioskujący i podmiot, do którego wnio-



## Co jest w NPZ?

- **Zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:**
- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
  - 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
  - 3) promocję zdrowia;
  - 4) profilaktykę chorób;
  - 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;



Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
Szkoła Zdrowia Publicznego



Rys. 2

## Co jest w NPZ? (c.d.)

- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 10) działania w obszarze aktywności fizycznej.



Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
Szkoła Zdrowia Publicznego



Rys. 3

sek należy złożyć. To jest skierowane do instytutów. Myślę, że pan profesor Wysocki będzie miał okazję powiedzieć coś na ten temat.

Proszę państwa, Narodowy Program Zdrowia 2016–2020 to: 297 zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym 76 zadań w trybie konkursu ofert i 221 zadań własnych podmiotów zaangażowanych w realizację. W całym Ministerstwie Zdrowia odbyło się 35 konkursów, ale także konkursy w innych resortach zdrowia. To są resorty zaangażowane w realizację NPZ, od resortu zdrowia do finansów, ministra rodziny, pracy i polityki społecznej. Mamy precyzyjnie określone, jak wydajemy te środki, w jaki sposób to koordynujemy. Wszystko jest systematycznie zliczane. Oczywiście część środków została już wydana w 2016 r., tak że to nie znaczy, że myśmy coś zaniedbali, a 2017 r. to jest rok, w którym wydamy już wszystkie środki.

Na każdy cel operacyjny są ogłaszane konkursy. W 2016 r. na przykład na cel operacyjny pierwszy: 13 konkursów, w tym promocja karmienia piersią, która jest dla nas niezwykle ważna, tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością. Jak widać, cała masa zdarzeń. Proszę zobaczyć, jak szerokie jest spektrum tylko tego jednego celu operacyjnego. Na przykład fundacja „Szkoła na widelcu” to jest instytucja, czy fundacja, która bierze udział w naszym konkursie. Za każdym razem mogę państwu pokazać, ile rzeczy zrobiono, jeżeli chodzi o realizację celów operacyjnych. To także nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, zresztą jeden z największych sukcesów Ministerstwa Zdrowia, jeżeli chodzi o zdrowie publiczne.

Muszę się pochwalić, że miałem przyjemność współpracy z panem ministrem Radziwiłłem i z moim zespołem. Udało nam się, jak państwo wiecie, wdrożyć dyrektywę antytytoniową i zrobiliśmy to chyba w tej chwili najlepiej na świecie. Wcale się nie chwale, ale większość krajów obserwuje, co zrobiła Polska, szczególnie jeśli chodzi o e-papierosy i o bardzo pryncypialne podejście do zagadnienia. Mamy sygnały, że nasze działania docenia Światowa Organizacja Zdrowia.

Cel operacyjny trzeci: 5 konkursów w zakresie określenia priorytetów działań w dziedzinie zdrowia psychicznego. Niezwykle ważne. To pacjenci, którzy do tej pory byli odrzucani, ale nie chcę mówić „pacjenci”, dlatego że zdrowie publiczne nie ma wiele wspólnego z medycyną naprawczą, tylko drobne powiązania. Mówimy tu o tym, co nas czeka i o problemach związanych ze zdrowiem publicznym.

Cel operacyjny czwarty: także 5 konkursów, które były ogłoszone w 2016 r. Są w tej chwili realizowane.

Podmioty zaangażowane w 2016 r., ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych. To akurat chcę

pokazać, ponieważ mieliśmy ostatnio z tym ogromny problem. Instytut Medycyny Wsi, Instytut Medycyny Pracy w Sosnowcu, Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi i Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Wszędzie tam prowadzi się prace, które są istotnym wsparciem dla decyzji podejmowanych przez ministra zdrowia.

Teraz problemy edukacyjne. Proszę zobaczyć, ile już zrobiono. Udało nam się wspólnie z Polską Agencją Prasową wdrożyć serwis „Zdrowie”, który jest portalem edukacyjnym. To ważne, PAP ma wielki zasięg. Celem tego portalu jest podniesienie wiedzy na temat zdrowego trybu życia i możliwości zapobiegania chorobom. To tak naprawdę pierwszy portal o tak szerokim zasięgu. Myślę, że stanie się popularny i przyniesie dobre efekty.

W 2017 r. do tej pory ogłoszono 24 konkursy, jeżeli chodzi o cel operacyjny pierwszy, chociaż jest dopiero marzec. Jestem głęboko przekonany, że wszystkie te konkursy zostaną zrealizowane w sposób należyty i rzeczywiście będzie z tego pożytek, tak jak zakładaliśmy.

Proszę państwa, do tej pory wszystko było w przestrzeni trudnej do oceny albo oceniano coś, co wydawało się niezwykle powierzchowne. Życzę sobie, żeby Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP i wszyscy inni zaangażowani w zdrowie publiczne osiągnęli sukces, którym będzie zrealizowanie celu NPZ, to znaczy wydłużenie życia w zdrowiu ludności naszego kraju, poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

## Dyskusja panelowa

Zdrowie publiczne  
(nauka i sztuka poprawy zdrowia  
populacji) – partner czy konkurent  
medycyny naprawczej?



## **Senator Waldemar Kraska**

Dziękuję, panie ministrze, za ciekawe wystąpienie. Poruszył pan wiele tematów. Jak widzimy, Ministerstwo Zdrowia jest tylko cegiełką w tym wielkim gmachu, jakim jest zdrowie publiczne.

Mamy prawie godzinę na dyskusję na temat zdrowia publicznego: „Nauka i sztuka poprawy zdrowia populacji – partner czy konkurent medycyny naukowej?”. Mamy gości, którzy chcą zabrać głos. Poproszę na początek pana ministra Jarosława Pinkasa o rozpoczęcie dyskusji. Proszę bardzo.

## **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję bardzo.

Panel będzie dość spontaniczny. Nie ustalałem z panelistami, najlepszymi ekspertami w dziedzinie zdrowia publicznego, co mają mówić, ponieważ oni sami doskonale wiedzą, co trzeba powiedzieć. Jednak złamałem swoją zasadę i rozmawiałem z panem profesorem Wojtczakiem, niezwykle kompetentną osobą w sprawie tematów, które dzisiaj będziemy poruszać.

Panie profesorze, umówiliśmy się, że pan profesor powie, czy można zrealizować zadania z dziedziny zdrowia publicznego bez pieniędzy i jak to było do tej pory. Pan zna historię Narodowego Programu Zdrowia – jak był realizowany i co z tych deklaracji wynikało.

Oddaję panu głos.

## **Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtczak\***

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo!

---

\* Prof. dr hab. n. med. Andrzej Wojtczak – specjalista zdrowia publicznego, były dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP.

Proponuję chwilę retrospekcji odnośnie początków Narodowego Programu Zdrowia. Pierwszy NPZ w Polsce został przyjęty przez rząd premiera Tadeusza Mazowieckiego i muszę powiedzieć, że został przyjęty nie dlatego, że rząd był przekonany o znaczeniu działań zdrowia publicznego, ale dlatego że była to realizacja Strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich” i zobowiązanie rządów krajów członkowskich do przygotowania Narodowych Strategii „ZDW”. Tak więc Narodowa Strategia „ZDW” zwana Narodowym Programem Zdrowia została przyjęta. W czasie obrad wyrażano wątpliwości, jaki istnieje związek między zdrowiem a czynnikami ryzyka takimi jak palenie, aktywność fizyczna czy żywienie. Dominował pogląd, że to, co decyduje o zdrowiu, to dobrze funkcjonujący układ opieki medycznej. Podobna opinia dominowała na sejmowej Komisji Zdrowia, która zapoznała się z programem i przyjęła go do wiadomości bez entuzjazmu. Był to pierwszy program, przyjęty w 1990 r.

Pominę dwa następne programy i wspomnę o poprzednim, czwartym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2006–2015. Był to, moim zdaniem, bardzo dobrze opracowany program, który łączył strategiczne cele ukierunkowane medycznie z celami operacyjnymi ukierunkowanymi na czynniki ryzyka. Wskazywał czynniki ryzyka, które mogą wpływać na zwiększenie lub zmniejszenie umieralności na choroby układu krążenia, nowotworowe i inne. Nie będę wchodził w detale. Gdzie były istotne słabości tego programu? Otóż, praktycznie nie funkcjonował komitet odpowiedzialny za współpracę międzysektorową. Nie było współpracy między ministerstwami, a trudno sobie wyobrazić, że można zrealizować jakikolwiek program zdrowia publicznego bez współpracy międzyresortowej, bez aktywnego udziału społeczeństwa, aktywnego udziału administracji państwowej i samorządowej. To był zasadniczy mankament tego programu. Drugi mankament to brak wsparcia finansowego. Trudno wdrożyć jakikolwiek program, jeżeli nie ma do tego przypisanych finansów. Warto wspomnieć, że pewne osiągnięcia, o których mogliśmy czytać w sprawozdaniach, były wynikiem działań samorządów terytorialnych, które może w sposób mało ukierunkowany na priorytety, wykazywały bardzo dużą aktywność. Wyrażała się np. w szczepieniach ochronnych, nieuwzględnionych w kalendarzu szczepień, w programach aktywności fizycznej młodzieży czy na innych polach z zakresu zdrowia populacji.

Teraz kilka słów o projekcie piątego Narodowego Programu Zdrowia. Ten program jest już umocowany ustawowo. Jak wspominał pan minister Pinkas, we wrześniu 2015 r. uchwalona została ustawa o zdrowiu publicznym. Obecny program powstał na podstawie jej zapisów. Priorytety operacyjne ustawy to istotne problemy zdrowia publicznego. I tak, nadwaga i otyłość zostały

uznane zarówno przez Unię Europejską, jak i Światową Organizację Zdrowia jako epidemia XXI wieku. Zaburzenia psychiczne również stanowią obecnie epidemię nawiedzającą kraje europejskie i, niestety, nasz kraj. Z kolei program związany ze starzeniem się społeczeństw wymaga dużej uwagi ze strony władz państwowych, bo proces starzenia się społeczeństwa w Polsce zachodzi bardzo szybko i trzeba zadbać, żeby seniorzy starzeli się w lepszej kondycji psychicznej i fizycznej. To może zapewnić tylko zdrowie publiczne. Tego nie może zapewnić medycyna.

Tak więc program ma jasno sformułowane priorytety. A najważniejsze, co słyszeliśmy od pana ministra Pinkasa, istnieje aktywnie działający komitet sterujący programem, a przede wszystkim źródło finansowania. Bez finansów nie można uzyskać efektu. Realizacja NPZ wymaga bardzo dobrej współpracy wszystkich resortów, koniecznej do stworzenia warunków społecznych i środowiskowych, wsparcia ekonomicznego niezbędnego do jego realizacji. Warto tu przytoczyć przykład programu zdrowia fińskiej prezydencji w Unii Europejskiej i zasady jego realizacji „Health in all policies”, czyli „Zdrowie we wszystkich politykach resortowych”.

### **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Poproszę teraz pana profesora Ryszarda Gellerta, dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, czyli naszej uczelni, który jest wybitnym specjalistą w zakresie nefrologii, krajowym konsultantem w zakresie nefrologii i zajmuje się medycyną naprawczą. To będzie prowokacyjne pytanie. Proszę nam powiedzieć, panie profesorze, czy zdrowie publiczne jest konkurentem medycyny naprawczej? Czy my panu przeszkadzamy jako Szkoła Zdrowia Publicznego?

### **Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert**

Widzicie państwo, że to naprawdę nie było uzgodnione, ale myślę, że to bezpieczne pytanie dla pana ministra. Ja rzeczywiście jestem klinicystą, internistą, nefrologiem. W Polsce 4,5 miliona ludzi ma chore nerki. I proszę mi wierzyć, że 95% osób nie wie, że ma chore nerki. Ci ludzie umierają przedwcześnie, nie umierają na nerki, tylko na chorobę układu sercowo-naczyniowego, na nowotwory, na infekcje. Dostałem prowokacyjne pytanie, czy mnie zdrowie publiczne przeszkadza. No gdzieś tam, to jest niemożliwe. Mało tego, cała moja historia zawodowa wskazuje, że zdrowie publiczne gdzieś tam się przewija i jest nie-



odłącznym elementem szkolenia lekarskiego. Naprawdę medycyna naprawcza często jest spóźniona, zwłaszcza w chorobach przewlekłych, trwających wiele lat. Potem ci szczęśliwcy, którzy żyją, wymagają niezwykle drogich procedur, nie tylko kosztownych, ale też obciążających samych pacjentów. A w mojej specjalności jest tak, że moglibyśmy dużo wcześniej wykryć choroby prostymi badaniami, wcześniej zapobiec postępowi choroby i zmniejszyć obciążenia dla całego systemu. Jednak system nakierowany na medycynę naprawczą nie zrobi tego. Może to zrobić wyłącznie system, który będzie budził świadomość zarówno wśród obywateli, jak i polityków oraz administratorów, wśród wielu grup zawodowych, społecznych, ale przede wszystkim polityków i administratorów. To oni muszą doprowadzić do takiej sytuacji, że rzeczywiście świadomość będzie większa. My robimy, co możemy.

Jutro jest Światowy Dzień Nerek. Dziękuję bardzo za umożliwienie promocji tego dnia, obchodzimy go już po raz dwunasty. Z tej okazji będą się odbywały w różnych miastach Polski dziwne rzeczy. Tu i ówdzie będzie można się spotkać ze sztuczną nerką. Proszę jej nie szukać, proszę raczej sprawdzić, czy macie państwo zdrowe nerki.

Panie ministrze, uważam, że nauka zdrowia publicznego dla każdego doktora jest niezwykle ważna. Świadomość tego, że zdrowie publiczne ma ogromne znaczenie, żebyśmy my mieli mniej pracy, co nie znaczy mniej pieniędzy, ale mniej pracy jednak tak, i dostawali pacjentów, którym możemy pomóc, a nie takich, których możemy już tylko podtrzymywać.

## **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję bardzo. Jestem absolutnie usatysfakcjonowany tą odpowiedzią.

Pytanie do pana profesora Mirosława Wysockiego, także nie uzgadniające. Ochrona zdrowia składa się z dwóch podzbiorów: zdrowia publicznego i medycyny naprawczej. Panie profesorze, dlaczego zdrowie publiczne jest najważniejsze?

## **Prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki\***

Ja może zacznę od Lalonde'a. Pani profesor Cianciara bardzo nie lubi Lalonde'a, ale to był początek spojrzenia, że czynnikiem decydującym o zdrowiu populacji są zachowania zdrowotne, czy też warunki stworzone, żeby

---

\* Prof. dr n. med. Mirosław J. Wysocki – konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego.

te zachowania sprzyjały zdrowiu. Natomiast medycyna kliniczna, medycyna naprawcza tak naprawdę odpowiada za 10-12% stanu zdrowia populacji. Te poglądy Lalonde'a z lat 70. były potem wielokrotnie zmieniane, modyfikowane. Ostatnia wersja pochodzi od naukowców amerykańskich, którzy raczej koncentrują się na wykształceniu potencjalnych pacjentów i na stworzeniu warunków do wyboru zdrowych stylów życia. To znaczy, zdejmują tę odpowiedzialność z człowieka, że to nie on jest winien, że zachorował. W dystrybucji czynników wpływających na zdrowie oczywiście zdrowie publiczne jest w jakimś sensie ważniejsze i to wychodzi w różnych badaniach.

Może podam kilka przykładów, bo mam taki miniwykład, którego tutaj nie zaprezentuję. Nosi tytuł „Obszary koniecznej współpracy zdrowia publicznego i medycyny naprawczej”. Chodzi o starzenie się ludności, *healthy aging*, czy *aging* w ogóle. Przykładowo mamy obecnie 750 tysięcy ludzi w wieku powyżej 85 lat, w roku trzydziestym którymś będzie ich 1,5 miliona. Oczywiście ważne jest, żeby byli geriatrzy, by seniorzy byli prawidłowo leczeni, żeby istniały domy stałego pobytu, ale przede wszystkim chodzi o to, żeby ci ludzie dotrwali powyżej 85 lat w sprawności, żeby byli w stanie o siebie zadbać. I do tego prowadzi zdrowy styl życia. To jest zdrowie publiczne.

Teraz zatrzymajmy się przez chwilę na głównych problemach zdrowotnych ludności Polski. Jest nas 38 milionów, codziennie umiera 1085 osób, rocznie 395 tysięcy. Główny problem zdrowotny to choroby układu krążenia, medycyna naprawcza ma tu dobre wyniki. Badaliśmy to z profesorem Zdrojewskim, z profesorem Wojtyniakiem – na skutek kardiologii interwencyjnej 80 tysięcy zawałów rocznie jest dobrze leczonych. W tym pierwszym okresie śmiertelność szpitalna jest bardzo przyzwoita, tak jak w krajach na zachodzie Europy. Natomiast *burden of disease* jest potężny i narastający, wynika głównie z tego, że nie potrafimy dostatecznie wpłynąć na styl życia, wpłynąć na media, żeby one go odpowiednio kształtowały. I to jest pole działania dla zdrowia publicznego.

Mamy problem nowotworów, 25% zgonów z tego powodu. Tutaj mamy problemy głównie związane ze zdrowiem publicznym. Późne rozpoznawanie, z różnych względów: psychologicznych, z powodu niesprawnego systemu, co przekłada się na niskie, 5-letnie przeżycia. Ogólnie dobrze leczymy nowotwory, standardy są wysokie. Natomiast 5-letnie przeżycie człowieka chorego na nowotwór złośliwy, mężczyzny czy kobiety, należy do najniższych w Europie. I tutaj znowu jest pole dla zdrowia publicznego, żebyśmy wcześniej to rozpoznawali. Przyczyny zewnętrzne, *traffic accidents*, samobójstwa, których jest dużo, leczenie depresji, zapobieganie samobójstwom. I w końcu otyłość. Otyłość, która jest czynnikiem ryzyka dla bardzo wielu chorób, łącznie z cukrzycą drugą, łącznie z chorobami stawów. To jest szerokie pole zapobiegania.

W Instytucie Żywności i Żywienia otwarto platformę edukującą. Chodzi o przełożenie tego, co wiemy o zdrowym żywieniu, na to, żeby ludzie zechcieli przestrzegać tych zasad i żeby odsetek ludzi otyłych się zmniejszył.

To tyle o tym. W każdym razie chcę, byście państwo zapamiętali, że człowiek, który mówi: co tam zdrowie publiczne, co tam Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, te pieniądze powinny iść na medycynę naprawczą, bo przeszczepiamy twarze, stosujemy innowacyjne terapie, potrafimy różne rzeczy zrobić... Taki człowiek jest ignorantem, bo nie wie, co tak naprawdę wpływa na zdrowie populacji. Dziękuję bardzo.

### **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję. Bardzo jednoznaczna wypowiedź.

Poproszę teraz pana profesora Tomasza Zdrojewskiego, światowy autorytet w dziedzinie epidemiologii kardiologicznej, która została stworzona przez pana profesora w Polsce.

Panie profesorze, jaka jest rola nauki w zdrowiu publicznym?

### **Dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski\***

Bardzo dziękuję za zaproszenie. Zanim odpowiem na pytanie, skorzystam z tego, że przewodniczę Komitetowi Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk i złożę serdeczne gratulacje z okazji okrągłego jubileuszu 20-lecia Szkoły Zdrowia Publicznego i 45 lat zdrowia publicznego w CMKP. Chciałbym na ręce pana dyrektora Gellerta, pani profesor Cianciary, wszystkim państwu na tej sali złożyć podziękowania za niezwykle pracę organiczną, jaką CMKP wykonuje, kształcąc w Polsce lekarzy klinicyistów, lekarzy zajmujących się zdrowiem publicznym i magistrów zdrowia publicznego. Szczególnie zwracam się do państwa siedzących po mojej prawej ręce, ponieważ jest tu wielu nauczycieli akademickich, przedstawicieli administracji uczelni, którzy niezwykle profesjonalnie kształcą kadry w dziedzinie zdrowia publicznego i którzy, co zauważyłem, wykładając u państwa, tworzą dużą dyscyplinę akademicką. Mamy tu przedstawicieli krakowskiej szkoły, wymienianych przez pana ministra Pinkasa, i warszawskiej, ich role są trochę inne. Wyścigów wioślarskich typu Cambridge–Oxford państwo jeszcze nie organizujecie, ale te dwie instytucje tworzą jakość zdrowia publicznego w Polsce. Bez państwa nie byłoby tak, jak jest.

---

\*Dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski – przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN.

Wracam teraz do pytania. Chciałbym nawiązać do wystąpienia pana marszałka Karczewskiego, ponieważ powiedział, że istotą sprawy, jeżeli chodzi o zdrowie Polaków, jest to, żeby było jak najmniej ludzi chorych i żeby politycy dostrzegali znaczenie zdrowia publicznego na podstawie faktów, czyli wiedzy naukowej. Tak jak pan minister Pinkas, przy okazji wystąpień publicznych zawsze podkreślam znaczenie Narodowego Programu Zdrowia, tego, że po raz pierwszy są środki, ta dziedzina może się wreszcie w Polsce rozwijać dzięki finansowaniu. Jednocześnie spotykam się z krytyką państwa środowiska, że zwykle mówię to zbyt optymistycznie i jak gdyby za skromnie, że zbyt małą determinacją. Nasze środowisko rzeczywiście ciągle zbyt skromnie i ze zbyt małą determinacją wskazuje na znaczenie tych faktów, o których powiedział pan profesor Wysocki i na które wskazał pan profesor Wojtczak.

Dzisiaj postanowiłem złamać tę regułę i włożyć parę łyżek dziegciu do beczki miodu. Czy w tej chwili jesteśmy na etapie dostrzegania zdrowia publicznego, czy już realnych działań na rzecz zdrowia publicznego? Pierwszy przykład to sfera publiczna, inauguracja Narodowej Rady Rozwoju pana prezydenta, dzień, który poświęcono zdrowiu. Wyobraźcie sobie państwo, że to był ten sam dzień, w którym w Mediolanie zaczynał się największy europejski kongres zdrowia publicznego. Taka nieszczęśliwa koincydencja spowodowała, że otrzymaliśmy bardzo eleganckie zaproszenia, ale musieliśmy być w Mediolanie, gdzie najwybitniejsi eksperci na świecie omawiali problemy zdrowia w Europie, a w kularach największe koncerny, które mają przychód roczny mniej więcej taki jak pół lub cały budżet naszego kraju, próbowały przemyścić informację, którą szczepionką zaszczerpił się przeciw grypie papież Franciszek. Więc smutne to dla mnie było, że to się tak niefortunnie zbiegło, w dodatku nikt z opozycji tego faktu nie zauważył. Nawet pan redaktor Wojtasiński, obecny na sali, nie sprawdził, że zdrowie publiczne zostało na inauguracji, w miejscu, w którym powinno stanowić esencję, jakby pominięte.

Druga łyżka dziegciu to strona komercyjna. Ostatnio wyszła ciekawa publikacja PricewaterhouseCoopers, dziewięć priorytetów w zdrowiu. Przeczytałem i w tych priorytetach nie znalazłem żadnego dotyczącego zdrowia publicznego. Odniosłem wrażenie, bo może to tylko wrażenie, a nie intencja autorów, że mówią: „Miejcie w Polsce jak najwięcej chorych, to wtedy będzie porządnym rynkiem i będziemy profesjonalnie na tym rynku się zachowywać”. Pozostawiam pytanie otwarte, czy życzą nam, żeby zdrowie publiczne było priorytetem, żeby było dostrzegane. Czy w kraju, który pokazał profesor Gellert na czerwono, czyli w Stanach Zjednoczonych, zacytuję znowu ministra Pinkasa, „jest dostrzegane przez obywateli”? Czy w naszym kraju zdrowie publiczne jest dostrzegane

przez obywateli? Jeśli tak się stanie, jeśli politycy będą przekonani, że zdrowie publiczne będzie oddziaływać na obywateli, to wtedy odniesiemy sukces.

Chciałem podkreślić te strategiczne rzeczy, które muszą się zmienić w naszym kraju, żeby zdrowie publiczne dobrze funkcjonowało. Bo, krótko mówiąc, w kontekście starzenia się społeczeństwa i w kontekście liczby chorych i zachorowań system nie udźwignie tych wyzwań, które stoją przed nami, jeśli zdrowie publiczne nie zredukuje na przykład o 30% liczby zachorowań na udary i zawały. Te dane, takie statystyki – wracając do pytania pana ministra Pinkasa – możemy przekazać ministrowi finansów i o tym powinniśmy jeszcze poważniej rozmawiać. Dziękuję bardzo.

### **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję. Bardzo podobne pytanie zadam pani profesor Monice Puzianowskiej-Kuźnickiej, która w naszej szkole łączy nauki podstawowe z kliniką.

Pani profesor, proszę nam opowiedzieć o roli badań naukowych.

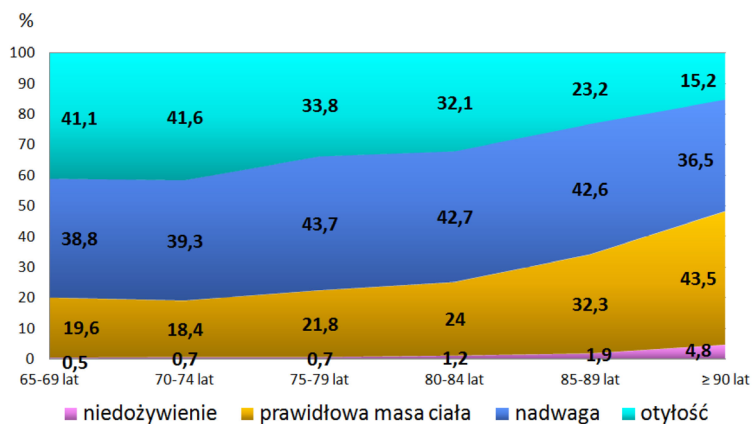
### **Prof. dr hab. n. med. Monika Puzianowska-Kuźnicka\***

Szanowni Państwo!

Moja grupa zajmuje się badaniami zdrowego starzenia i jest to spójne z tym, co poprzedni dyskutanci podnieśli. Dwa główne problemy, które dotyczą systemu opieki zdrowotnej, to starzenie się społeczeństwa i działanie bardzo istotnych czynników ryzyka, które zwiększają zachorowania na choroby, które my nazywamy chorobami związanymi z wiekiem, a kiedyś nazywanymi chorobami cywilizacyjnymi. Bardzo często w swoich działaniach, między innymi właśnie w działaniach prewencyjnych, ale również w działaniach medycyny naprawczej, posługujemy się danymi, które pochodzą z innych krajów, jednak trzeba mieć zawsze na uwadze, że każdy kraj, każda grupa etniczna mają swoją specyfikę dotyczącą na przykład genetyki, którą się również zajmujemy, składu populacji, tzn. rozkładu wiekowego, rozkładu płci, środowiska pracy, środowiska, w którym żyjemy. Dlatego też aby racjonalnie kierować środki finansowe na wszelkiego rodzaju działania, również w medycynie prewencyjnej, musimy te czynniki rozpoznać lokalnie. Oczywiście główne czynniki ryzyka, czy wyzwania dla medycyny prewencyjnej, to szybkie starzenie się społeczeństwa i niezdrowy tryb życia, który charakteryzuje dużą grupę Polaków. Natomiast

---

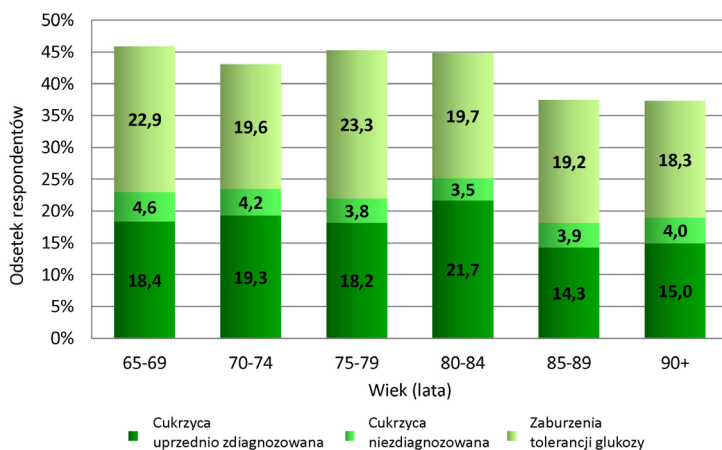
\* Prof. dr hab. n. med. Monika Puzianowska-Kuźnicka – Zakład Geriatrii i Gerontologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.



Rys. 1

to, co jest niezwykle istotne, to wskazanie również grup docelowych dla działań medycyny prewencyjnej. I w tym przypadku moje działania – uważam, że działania wszystkich – powinny się w dużym stopniu skupić właśnie na grupie osób najstarszych, ponieważ funkcjonowanie ich organizmów jest odmienne od tego, co obserwujemy u osób młodych i osób w średnim wieku.

Podam państwu tylko dwa przykłady, dlaczego niezwykle ważne są badania przeprowadzone na szeroką skalę, na dużych grupach. Proszę zobaczyć, jak wygląda rozkład otyłości u polskich seniorów, czyli osób powyżej 65. roku życia. (rys. 1) Osoby te są w dużej mierze otyłe. Z wiekiem liczba osób otyłych i osób z nadwagą istotnie się zmniejsza i zgodnie z tym, co wszyscy wiemy o otyłości, powinniśmy być z tego niezwykle zadowoleni. Jednakże nasze badania wykazują, że w grupie osób powyżej 85. roku życia nadwaga i otyłość korelują z mniejszą śmiertelnością, co oznacza, że wszystkie działania dążące do tego, żeby wszyscy byli *fit*, tak naprawdę powinny być kierowane do osób młodych i w średnim wieku, ale jeżeli ktoś osiągnie długowieczność, czyli 85+, to wtedy powinniśmy być znacznie mniej radykalni, ponieważ przede wszystkim umierają osoby z niedowagą i osoby z prawidłową masą ciała według BMI. Niezwykle istotne jest rozpoznawanie poszczególnych grup, które wymagają zupełnie innych działań w zakresie prewencji niż osoby młodsze.



Rys. 2

I jeszcze drugi przykład: cukrzyca u seniorów. (rys. 2) Cukrzycę i nietolerancję glukozy ma w Polsce ponad 40% populacji senioralnej. Natomiast to, co jest najciekawsze i najistotniejsze, to ten odsetek w środku – mniej więcej 4% seniorów ma nierozpoznaną cukrzycę. To olbrzymie niebezpieczeństwo.

Teraz kilka danych, które wskazują, do kogo przede wszystkim powinniśmy kierować nasze działania, żeby zapobiegać cukrzycy i ją ewentualnie efektywnie leczyć. Przede wszystkim proszę zwrócić uwagę, że więcej mężczyzn niż kobiet w wieku senioralnym ma nierozpoznaną cukrzycę, ale częstość niezdiagnozowanej cukrzycy – to jest istotne – była większa u osób zamieszkujących rejony wiejskie niż obszary miejskie. Jeżeli chodzi o grupę najstarszych seniorów, to starsze kobiety są gorzej zdiagnozowane niż starsi mężczyźni. Mamy tu nierówność związaną z miejscem zamieszkania oraz nierówność związaną z płcią. To są właśnie najistotniejsze obszary działania.

## Dr n. med. Jarosław Pinkas

Dziękuję bardzo, pani profesor.

Przed nami ucztą duchowa. Z całą pewnością będzie to coś nadzwyczajnego. Pan profesor Janusz Sytnik-Czterwertyński, etyk, filozof z naszej szkoły.



## Dr hab. Janusz Sytnik-Czetwertyński\*

Niewątpliwie będzie to chwila oddechu po takich analitycznych wystąpieniach. Co filozofia może mieć tutaj do dodania? Proszę państwa, filozofia podchodzi do świata, który nas otacza, w taki sposób, iż uznaje, że w świecie tym dominują dwa porządki – właściwie źle się wyraziłem, mówiąc „dominują” – to są jedyne dwa porządki, jakie znamy, czyli porządek ilościowy albo jakościowy. O czymkolwiek państwo zechcą teraz pomyśleć, to do tych dwóch porządków będzie się odnosiło. Jeśli to stół, to będzie porządek ilościowy. Stół możemy zmierzyć, zważyć, zdenerwowani rozbić go, być może nawet teoretycznie na części proste. Porządek jakościowy to jest porządek, w którym ilości nas nie interesują. Porządek jakościowy to na przykład sprawiedliwość, miłość, dobro, wszystkie pojęcia kategoriałne. Bez wątplenia zdrowie publiczne jako idea należy do porządku jakościowego. W Europie w tej chwili zapominamy o tym, że to, co należy do porządku jakościowego, powinno mieć swoją wartość. Polityka powinna właściwie na tym się skupiać, aby tę wartość nadać, bo inaczej idee będą miały wartość, która, powiem kolokwialnie, do nich się przypałęta.

Jak patrzemy na systemy polityczne, to one są zachłanne na prawo, a przez to stają się trochę analityczne, suche, i taką wartość w oczach społeczeństwa mają. Jaka wartość powinno mieć zdrowie publiczne? Proszę państwa, w Europie, z punktu widzenia filozofii, toczy się dialog pomiędzy wartościami: życie albo szczęście. Życie bardziej przynależne jest myśleniu konserwatywnemu, stąd też myślenie i idee konserwatywne są przeciwko aborcji, przeciwko eutanazji – mówię o uporczywej terapii. I ci, którzy patrzą na dominującą wartość jako szczęście, określani są mianem liberałów. Ci ludzie uważają, że są sytuacje, w których na przykład ból u człowieka jest tak doskwierający, że śmierć będzie dla niego wybawieniem i właśnie owym szczęściem. Nie będę wchodzić w polemikę. Zwracam tylko uwagę, że rzeczywiście dialog pomiędzy tymi dwoma wartościami w Europie wydaje się w tej chwili dominujący.

Która wartość powinna być najistotniejsza dla zdrowia publicznego? Szerzej: dla systemu opieki zdrowotnej. Długo myślałem nad tym, jaką wartość do tej idei zaproponować. Wydaje mi się, że taką wartością, do której moglibyśmy się odwołać, jest pewne słowo, niestety coraz rzadziej używane w przestrzeni publicznej – „szlachetność”. Zdrowie publiczne i system opieki zdrowotnej powinien być szlachetny, szlachetny dla człowieka. To nie tylko chodzi o sam system, to również wychowanie człowieka, tego, którego system obejmuje – wychowanie do szlachetności. Proszę zwrócić uwagę, większość z nas, może

---

\* Dr hab. Janusz Sytnik-Czetwertyński – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.



wszyscy, którzy tutaj jesteśmy, rodzimy się w szpitalach, czyli nasze życie zaczyna się od spotkania z systemem opieki zdrowotnej. I zazwyczaj się tak kończy. Ten system towarzyszy nam przez całe życie, w jakiś sposób nas kształtuje. Proszę pamiętać, że sam system, zdrowie publiczne, wydaje mi się – powiem filozoficznie, choć to nie jest pojęcie filozoficzne – instytucją zaufania publicznego. Każde państwo prowadzące swoją politykę tworzy instytucje zaufania publicznego we wszystkich obszarach społecznych, w obszarach naszego życia. Taką instytucją może być posterunek policji czy poczta, ale też taką instytucją są granice państwa, godło, flaga i też system. Ten system, który ma pewną wartość, taką, którą mu w jakimś sensie narzucamy; system będzie kształtował takiego właśnie obywatela. Szlachetność, proszę państwa, to prawda, uczciwość, bezinteresowność, ale również honor. Systemy powinny też mieć swój honor.

W związku z tym powiem tylko tyle, żeby nie przedłużać: zdrowie publiczne jest takim systemem... szczególną ideą. Powinien mieć baczenie na serce, powinien sprzyjać temu, aby wychowywać obywatela sercem. Dziękuję bardzo.

## **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję. Mamy parę minut. Myślę, że zrobimy jeszcze jedną rundkę, bardzo krótką.

Proszę państwa, dyskusja dotyczy nauki i sztuki poprawy zdrowia populacji. Porozmawiajmy teraz o sztuce. Co trzeba sobą reprezentować, co umieć, jak działać, żeby to było skuteczne? To pytanie kieruję do pana profesora Wojtczaka.

## **Prof. dr n. med. Andrzej Wojtczak**

Muszę powiedzieć, że mnie pan przewodniczący zaskoczył...

Proszę państwa, ja może nie będę mówił o sztuce, tylko powiem o tym, że Centrum i różne instytucje wkładają duży wysiłek w szkolenie kadry pracowników zdrowia publicznego. Niestety, mamy całą armię magistrów, armię pracowników z licencjatem, którzy zapełniają kasy w Biedronce czy Lidlu, a nie są wykorzystani w zdrowiu publicznym. To, co przekazujemy, jest pewną sztuką, negocjacyjną, sztuką prowadzenia akcji zapobiegawczych czy promocyjnych. Chciałbym zwrócić uwagę, że niewykorzystanie ich umiejętności to marnowanie wielkiego potencjału ludzi bardzo zaangażowanych, dobrze wyszkolonych, którzy nie mogą rozwijać swojej kariery.

Natomiast jeżeli chodzi o zdrowie publiczne, to, co pan minister powiedział, tak, to jest sztuką, dlatego że wchodzimy w sferę behawioralną, w sferę zacho-

wań ludzi i do nich trzeba dotrzeć, dopasować odpowiedni klucz, aby przekonać do zmiany nawyków. A spektrum zachowań niszczących zdrowie jest bardzo szerokie. Nie mówiliśmy o czynnikach ryzyka, ale wspomnieliśmy o paleniu papierosów, elektroniczne papierosy są teraz epidemią. Mówiliśmy o alkoholizmie, o aktywności fizycznej. Moim zdaniem dotarcie do ludzi z odpowiednim kluczem stanowi sztukę, podobnie jest w zdrowiu publicznym: dopasowanie odpowiednich metod, by skutecznie zmieniać zachowania populacji.

### **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Serdecznie dziękuję. Pan profesor Ryszard Gellert, proszę.

### **Prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert**

To pytanie jest szczególnie trudne, bo nie bardzo wiem, czy odpowiedzieć jako nauczyciel akademicki, który kształci kadre lekarską, co jest sztuką: tak wyszkolić młodego człowieka, żeby był empatyczny w stechnizowanej medycynie. Czy mówić o tej sztuce, którą uprawiam, lecząc pacjenta i oddziałując nie tylko tabletkami, ale również całą swoją osobowością, i uwzględniając jego psychologię. Czy też o tej sztuce, o której mówimy, sztuce przekonania dwóch potężnych koncernów, a właściwie grup koncernów skupionych w dwóch przemyśłach, farmaceutycznym i spożywczym, żeby przestali sobie nawzajem dostarczać pieniędzy. Z jednej strony przemysł spożywczy jest źródłem – jako nefrolog mogę to stwierdzić – wszystko to, co zjemy złego, szkodzi nam, bo nerki muszą to usuwać, ale jak już powstanie problem, to sztuką jest przekonać pacjentów, żeby nie brali przypadkowych leków. Następnie sztuką jest przekonać pacjenta, żeby wziął właściwe leki i nie wierzył telewizji. To jest trzeci koncern, mnóstwo leków, które są reklamowane jako wspaniałe. Sztuką jest przekonać pacjenta, proszę mi wierzyć. Pacjenci mają kłopot z dziesięcioma przykazaniami, a co dopiero z przestrzeganiem naszych zaleceń. To jest umiejętność, której trzeba się uczyć przez wiele lat i trzeba sobie dać czas, ale też zrozumieć, że szkolenie od samego początku musi być nakierowane na to, by oddziaływać nie tylko za pomocą medycyny, która opiera się na dowodach. Musimy po prostu zacząć uczyć ludzi żyć tak, żeby mogli dożyć do 120 lat, które są im pisane. Mało tego, żeby tych zgonów, obecnie 1085 dziennie, było mniej. To znaczy, one wszystkie są przedwczesne, ale 293 z całą pewnością mogłyby zdarzyć się o wiele później, bo te choroby możemy bardzo łatwo zdefiniować. Nie chcę wchodzić w szczegóły, ale to też jest pewna sztuka, żeby przekonać wszystkich wokół, że można coś z tym zrobić.

## **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję. Pan profesor Tomasz Zdrojewski. Bardzo proszę.

## **Dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski**

Wypowiedź pana profesora Gellerta w zasadzie wypełnia to, co chciałbym powiedzieć. Jako klinicysta, a zarazem epidemiolog kliniczny i reprezentant zdrowia publicznego chcę dodać, że o ile w ostatnich dwóch, trzech dekadach z powodu rozwoju wielkich badań klinicznych, metaanaliz trochę się zmniejszyła rola sztuki i ta *evidence-based medicine* na szczęście jest teraz właściwie doceniana, to w obszarze zdrowia publicznego, z uwagi na jego interdyscyplinarność i dużą trudność, żeby wszystko zmierzyć, policzyć i opracować, z uwagi na wiele czynników, *confounding factors*, czyli zmiennych zakłócających, zdrowie publiczne, jeśli ma mieć sukcesy, musi być sztuką. Tylko tu jest zagrożenie, żeby nie było tak, że często decyduje „sztuka”, czyli intuicja polityka, która nie opiera się na danych naukowych. Najpierw powinno być miejsce dla nauki, a później sztuka doświadczonych ludzi, doświadczonych ekspertów, doświadczonych polityków, by podejmować najważniejsze decyzje w dziedzinie polityki zdrowotnej.

Autorowi pytania chcę powiedzieć komplement: jeśli sekretarzem stanu był człowiek wykształcony w zdrowiu publicznym, a jednocześnie rozumiejący politykę, to to jest najbardziej pożądanym mariażem. Dziękuję.

## **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję bardzo.

Pan profesor Mirosław Wysocki.

## **Prof. dr hab. n. med. Mirosław J. Wysocki**

Dziękuję.

Chciałem nawiązać do tego, co powiedział pan profesor Gellert. Otóż rzeczywiście mamy rocznie 395 tysięcy zgonów. Opracowując ten obraz sytuacji zdrowotnej ludności Polski, oszacowaliśmy, że z liczby zgonów 110 tysięcy, trochę mniej niż 1/3 to takie, którym mogliśmy zapobiec. Te przedwczesne zgony dzieją się z powodu niezdrowego stylu życia. Chorzy znaleźli się w nieodpowiednim czasie w nieodpowiednim miejscu – to cały zbiór czynników. Teraz sztuką jest przekazać to, co wiemy, może mądrzejsi od nas wiedzą,

o sposobie życia sprzyjającym zdrowiu, żeby ominąć to, co Szwedzi nazywają *valley of death*. Dolina śmierci albo inwalidztwa.

Wydaje mi się, że niezłą rzecz zrobiliśmy, prowadząc szeroką kampanię medialną w programie zapobiegania zakażeniom HCV, to był program szwajcarski. Ta kampania przyniosła efekty. Żółtaczka to najczęstsza choroba zakaźna w Polsce, 200 tysięcy chorych na *hepatitis C virus*. To, co robi pan profesor Jarosz u siebie w instytucie, jest bardzo ważne, na przykład platforma żywieniowa. Zobaczmy, jak to będzie funkcjonować, ale jest bardzo obiecujące.

Trzecia rzecz: media, kolorowe czasopisma, telewizja, radio, przekazujące to, o co nam chodzi. Czy państwo zauważyli, że od lat w telewizji nie ma człowieka z papierosem? Czegoś takiego już się nie spotyka. Dwadzieścia lat temu było zupełnie inaczej. W ciągu tych dwudziestu lat, o czym rzadko mówimy, z 28 milionów palących w Polsce prawie 8 milionów przestało palić. To kolosalny sukces, jeżeli chodzi o występowanie różnych chorób związanych z paleniem.

Skorzystam z okazji, żeby powiedzieć państwu jedno zdanie, które sformułowaliśmy z panią doktor Jakab, która jest *ordi iuro*. Tym zdaniem się oboje posługujemy przy różnych okazjach: Żaden kraj i żaden budżet, w którym nie ma sprawnego zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, czyli zdrowia publicznego, nie jest w stanie pokrywać geometrycznie rosnących kosztów terapii starzejącej się ludności. Jeżeli mechanizmy zdrowia publicznego działają, to nawet innowacyjność może być w jakimś sensie pokrywana. Dziękuję bardzo.

## **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Serdecznie dziękuję.

Pani profesor.

## **Prof. dr hab. n. med. Monika Puzianowska-Kuźnicka**

Ja chciałam, proszę państwa, zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt odpowiednich działań na poziomie społeczeństwa. Wszystko, o czym mówili moi przedmówcy, dotyczy osób dorosłych. Uważam, że pewne zdrowe nawyki należy wprowadzać już u dzieci i u młodzieży, ponieważ jeżeli te osoby na podstawie tego, co widzą, wyrobią sobie złe nawyki żywieniowe, to potem bardzo ciężko je zmienić. I tego mi zdecydowanie brakuje: wejścia do szkół z informacją o prawidłowym żywieniu czy o roli aktywności fizycznej, chociażby

po to, żeby dzieci w gimnazjach czy w liceach nie unikały zajęć wychowania fizycznego. To jest mój postulat: nie skupiamy się tylko na osobach dorosłych, ale zacznijmy uczyć również dzieci, co to znaczy zdrowy styl życia, ponieważ na zdrowe życie i na zdrowe starzenie się zarabiamy już od dzieciństwa. To tyle, dziękuję.

## **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

Dziękuję.

Pan profesor Sytnik-Czetwertyński.

## **Dr hab. Janusz Sytnik-Czetwertyński**

No cóż, jeżeli coś jest sztuką, to znaczy, że ma pewną dawkę wyuczalności. Jeżeli wyuczalność, to znaczy, że najistotniejsze jest, żeby była skuteczna. Ale ta skuteczność jest związana również z tym, że sztuka potrzebuje publiczności, która ją rozumie. Tą publicznością są obywatele.

Muszę państwu powiedzieć, że obserwuję moich studentów, a uczę filozofii nie tylko na studiach filozoficznych i tutaj w CMKP. To przedmiot, który jest wykładany na różnych studiach i kierunkach. Zauważyłem, że świadomość studentów, czym jest zdrowie publiczne, jest wybiórcza. Dotyczy to również tego, co to znaczy samemu być zdrowym.

Pani profesor przed chwilą powiedziała, że zarabiamy całe życie na to, jak będzie wyglądało nasze zdrowie. Niedawno pojawiło się rozporządzenie z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, dzięki któremu na studiach zaocznych jest również wuef, oprócz tego na dwustopniowych studiach, na pierwszym i drugim stopniu, ale właśnie z drugiego stopnia wuef w tym roku zdjęto. Znowu niestety wracamy do tego, co było. Uważam, że może nie tyle istnieje moda na zwalnianie się z wuefu, to było powszechne kiedyś, a w tej chwili jest moda na to, żeby w jakiś sposób uatrakcyjnić te zajęcia tak, że praktycznie przestają być zajęciami z wuefu. Gdzieś jest tak zwany aerobik, puszczają jakieś disco polo, dwa przysiady, trzy pompki i na tym się kończy. Niestety, na studiach humanistycznych to jest nagminne. I, jak wspomniałem, świadomość moich studentów bywa bardzo wybiórcza. Jeśli chodzi o jedzenie, wiedzą, że pewne rzeczy są niezdrowe. Dziewczyny zwracają uwagę na to, co wpływa na linię, mężczyźni nie lubią nadmiaru cukru, ale nie mają świadomości, że kultura fizyczna kształtuje również ducha i umysł człowieka. Dziękuję.

## Dr n. med. Jarosław Pinkas

Dziękuję bardzo. Czas na podsumowanie.

Proszę państwa, zdrowie publiczne to również sztuka retoryczna, to umiejętność dotarcia i znalezienia przestrzeni, w której nasze idee mogą się rozprzestrzeniać. Obecnie mamy ciekawy czas, czas urzędzenia zwanego smartfon – 80% czasu młodzieży to czas spędzony ze smartfonem, tabletem lub komputerem. Tam toczy się życie, również związane ze zdrowiem publicznym. To coś niebywałego. Tam się rodzą idee, pomysły. Czy możemy mieć wpływ, żeby na przykład zaistniała tam idea: odkładam tablet i idę na spacer albo jem pięć razy dziennie owoce i warzywa? Na szczęście przez to urządzenie nie da się palić papierosów elektronicznych.

A jaka jest rola specjalistów w zakresie zdrowia publicznego? Musimy zaistnieć w mediach społecznościowych. Internet, szczególnie Tweeter i Facebook to pole walki, tam możemy zaprezentować sztukę wojenną. Jeden przykład, który jest bardzo niedobry. W kwietniu do Polski przyjedzie Andrew Wakefield. Wszyscy wiedzą, kim jest. Oczywiście nie zaprosił go nikt z przedstawicieli zdrowia publicznego, ale niejaki pan Zięba. Spotkanie z Wakefieldem odbędzie się w katowickim Spodku, kilka tysięcy osób przyjdzie obejrzeć guru antyszczepionkowców. Bilet kosztuje 100 złotych, o ile pamiętam. Zięba na Tweeterze reklamuje to wydarzenie. Zastanawiałem się, czy ktoś jest temu przeciwny, czy on ma oponentów na Tweeterze? Może czterech, pięciu. W Polsce jest kilka tysięcy studentów zdrowia publicznego, kilkuset lekarzy ma tę specjalizację, są studenci wydziałów lekarskich, młodzi pediatrzy, młodzi lekarze rodzinni. W sumie jest ponad 170 tysięcy ludzi, którzy mogliby wziąć udział w akcji pt. „Spostponujemy te działania”. To jest zadanie dla nas. Trzeba opanować ten kanał dystrybucji informacji. Nas tam w tej chwili nie ma.

W ostatnich dwóch latach ruch antyszczepionkowy w Stanach Zjednoczonych osłabł. Ja to dokładnie śledzę. Osłabł dzięki ogromnej liczbie specjalistów zdrowia publicznego, którzy zamieszczali niezwykle celne posty, tweety, memy na portalach. I nagle okazało się, że oponenti nie mają już argumentów. To się udało zrobić za pomocą mediów społecznościowych. Także dzięki politykom. Brał w tym udział sam prezydent Obama. Skuteczne, pomysłowe memy były tworzone i zamieszczane przez agencje rządowe zajmujące się przeciwdziałaniem ruchom antyszczepionkowym. My mamy całą masę takich zjawisk, nie tylko ruch antyszczepionkowy, mnóstwo rzeczy związanych ze stylem życia. Jak nie zaczniemy działać, to nie zrealizujemy narodowego programu zdrowia. Stąd też pewne elementy są kierowane właśnie do mediów społecznościowych, portali internetowych. Sądzę, że musimy o tym znacznie więcej mówić, bo

świat już nie wygląda tak jak parę lat temu. Świat współczesny niestety zaczyna sprowadzać się do smartfona, czy raczej zamyka się w tym urządzeniu. Dziękuję bardzo.

## **Senator Waldemar Kraska**

Bardzo dziękuję panu ministrowi Pinkasowi za celną puentę dyskusji. Myślę, że poruszyliśmy wiele wątków. Ja skoncentruję się tylko na dwóch. Jeżeli chodzi o lekarzy i cały personel medyczny, rzeczywiście mamy coraz lepszy sprzęt, coraz lepszą diagnostykę, coraz lepsze metody leczenia, ale gdzieś znika kontakt między pacjentem a służbą zdrowia. Ta empatia powinna się odrodzić.

Druga refleksja dotyczy tego, co powiedział pan profesor, że trzeba z przemysłem spożywczym rozmawiać, żeby trochę zrezygnowali z zysków. Myślę, że to nie będzie łatwe, ale są pierwsze efekty, na przykład koncern Coca-Cola zmniejszył o 10% ilość cukru w napojach. Może to wymusić stworzenie odpowiednich mechanizmów, a nie apelowanie do zdrowego rozsądku i troski o obywateli.

Dziękuję za dyscyplinę czasową. Możemy rozpocząć następne wystąpienie. Zapraszam panią profesor Dorotę Cianciare. Temat: „Narodowy Program Zdrowia 2016–2020 – szanse i zagrożenia”.

Proszę, pani profesor.

# Wystąpienie





Dr hab. n. med. Dorota Cianciara \*

## Narodowy Program Zdrowia 2016–2020 – szanse i zagrożenia

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję i witam na naszej konferencji.

Moją rolą jest opowiedzieć o NPZ. Chciałabym powiedzieć o dwóch aspektach. Najpierw trochę o tym, jak z tym NPZ było, co zresztą będzie nawiązaniem do wypowiedzi pana profesora Wojtczaka, a w drugiej części chciałabym pokrótce scharakteryzować nowy NPZ, pokazać jego mocne i słabe strony. Od razu zaznaczam, będę stała na stanowisku badacza, któremu blisko do *evidence-based public health*, a aspekty organizacyjne spróbujemy przenieść do naszej dyskusji.

Jeśli chodzi o historię, muszę zacząć od tego, że w ciągu ostatniego 40-lecia radykalnie zmieniło się postrzeganie zdrowia. Początek ewolucji to znany model Lalonde'a z 1974 r., do którego odwoływał się pan profesor Wysocki. U Lalonde'a obszar zdrowia nazwany „polem zdrowia” był podzielony na cztery elementy: styl życia, genetykę, środowisko i opiekę zdrowotną. To było podejście jakościowe. Kilka lat później Amerykanie dokonali kwantyfikacji tego podejścia. Według ich szacunków, w odniesieniu do 10 głównych przyczyn zgonów w USA w 1976 r. przypuszczalnie aż 50% umieralności było skutkiem niezdrowych zachowań, 20% wynikało ze stanu środowiska, 20% miało podłoże biologiczne, a tylko 10% było wynikiem nieodpowiedniej opieki zdrowotnej (*Healthy People. The Surgeon General's Report On Health Promotion And Disease Prevention*, 1979). To wtedy upowszechniła się „formuła zdrowia” 50/20/20/10. W tym samym czasie, w 1979 r., powstaje zaproponowany przez Uriego Bronfenbrennera model ekologicznego rozwoju człowieka, który bardzo szybko upowszechnia się w obszarze zdrowia publicznego. Od tego momentu weszliśmy w erę społeczno-środowiskowego (społeczno-ekologicznego) modelu zdrowia. W następnych latach, niemal czterdziestu, był on bardzo różnie przedstawiany graficznie. Od 1986 r. bardzo popularna była tak zwana mandala zdrowia.

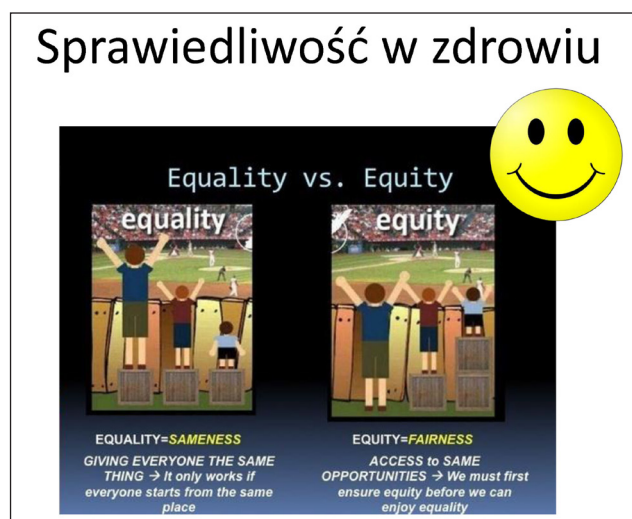
---

\* Dr hab. n. med. Dorota Cianciara – dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP.

Od 1991 r. do powszechnego użycia wszedł rysunek, który zaproponowali Göran Dahlgren i Margaret Whitehead – tak zwany model tęczyowy. Aktualnie jest podstawowym schematem, za pomocą którego tłumaczy się uwarunkowania zdrowia. Jest wykorzystywany we wszystkich dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia i wszystkich dokumentach Unii Europejskiej. Występuje w różnych wariantach. Trzeba zauważyć, że interpretuje on uwarunkowania zdrowia w wymiarze jakościowym. Również współcześnie podejmowane są próby opisu uwarunkowań zdrowia w wymiarze ilościowym. Aktualne amerykańskie szacunki mówią, że 10% zdrowia populacji jest wynikiem działalności opieki zdrowotnej, następnych 10% zależy od czynników wrodzonych, a kolejnych 10% od środowiska fizycznego. Największy wpływ mają zaś czynniki ekonomiczne i społeczne (40%) i behawioralne (30%).

Narodowy Program Zdrowia – jak mówił pan profesor Wojtczak – jest pochodną globalnej strategii „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”, zainicjowanej przez Światową Organizację Zdrowia. Formalnie strategia ta została uruchomiona w 1981 r. w wyniku decyzji podjętej na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, ale poprzedzało ją wiele różnych wydarzeń, z których nie wszystkie tu wymieniam. To co według mnie jest istotne, to poparcie tej idei w 1979 r. przez Zgromadzenie Ogólne ONZ. Otworzyło to drzwi do wdrożenia strategii w skali światowej. Potem następowały kolejne zdarzenia, które uzupełniały tę strategię.

W grudniu 2016 r. zmarł doktor Hafdan Maller, pochodzący z Danii – wizjoner, któremu zawdzięczamy tę strategię.



Rys. 1

Zanim przejdę do dalszych etapów historii, chciałabym zwrócić uwagę na to, że cała strategia „Zdrowie dla wszystkich” oparta jest na filozofii sprawiedliwości w zdrowiu. To coś innego niż równość. Różnicę między tymi pojęciami widać na ilustracji. (rys. 1) Pierwszy z obrazków pokazuje trójkę dzieci, z których każde dostało taką samą skrzynkę pod nogi. Pomi- mo tego nie każde dziec-

ko ma szansę oglądać mecz baseballa zza ogrodzenia. Najmłodsze dziecko jest za niskie, nawet jeśli stoi na skrzynce. To jest równość. Po prawej stronie mamy sprawiedliwość. Każde z dzieci dostało różną liczbę skrzynek lub inne skrzynki, tak aby wzrokiem sięgnąć ponad ogrodzeniem. Dzięki temu każde z nich mogło oglądać mecz. To, co jest podstawą myślenia WHO, co jest podstawą dzisiejszego zdrowia publicznego, co jest podstawą promocji zdrowia, to właśnie prawa część tego obrazka. To sprawiedliwość w zdrowiu, co oznacza każdemu według potrzeb.

A tu mamy dalsze etapy rozwoju strategii „Zdrowie dla wszystkich do roku 2000”. Zwracam uwagę, że w 2000 r. Światowa Organizacja Zdrowia zaprzestała używania hasła „Zdrowie dla wszystkich”, a podjęła myśl „*Universal health coverage*”. Tłumacząc ją, należy brać pod uwagę dwie kwestie: formalny, fizyczny dostęp do świadczeń plus ochronę socjalną, finansową przed skutkami leczenia.

Kończąc rys historyczny – widzimy kolejne działania ONZ w postaci Milenijnych Celów Rozwoju, a obecnie 17 Celów Zrównoważonego Rozwoju. Zwracam uwagę, że od 2012 r. Biuro Regionalne WHO dla Europy propaguje strategię *Health 2020* („Zdrowie 2020”), która obliguje nas do pewnych działań.

Narodowy Program Zdrowia był realną odpowiedzią na prośbę, naciski i zapotrzebowanie Światowej Organizacji Zdrowia. Pierwsze wersje, o których mówił pan profesor, ja nazywam „próbne” w tym znaczeniu, że były bardzo skromne, powielaczowe. Jeszcze pamiętam takie w formacie A5 na kiepskim papierze. Natomiast pierwsza duża wersja, książkowa, obejmowała lata 1996–2005. Zwracam uwagę, że następna edycja zaczęła obowiązywać od roku 2007. To oznacza, że mieliśmy rok bezkrólewia, ponieważ tyle czasu, ponad półtora roku, trwało przygotowanie kolejnej wersji. Konstrukcja tych dokumentów, pierwszego i drugiego, była odmienna.

Pierwszy z tych dużych programów na lata 1996–2005 miał tę przewagę, że podlegał monitorowaniu efektów. Była na to przeznaczona pewna pula pieniędzy. W przypadku drugiej wersji, która miała kilka wydań z logotypami różnych instytucji, już właściwie tej szansy nie było. Obecnie, na mocy rozporządzenia Rady Ministrów, mamy kolejną edycję NPZ na lata 2016–2020.

Jak już mówił pan minister Pinkas, program zawiera sześć celów operacyjnych. Pierwszy dotyczy żywienia i aktywności fizycznej, drugi substancji psychoaktywnych, które są rozdzielone na uzależnienia od narkotyków, alkoholu, tytoniu oraz uzależnienia behawioralne. Następne cele dotyczą zdrowia psychicznego, warunków środowiska fizycznego, starzenia się oraz zdrowia prokreacyjnego. Zwracam uwagę na ostatnią kolumnę w tej tabeli, a mianowicie liczbę stron, którą poświęcono w dokumencie na poszczególne cele. Pokazuje to pewną nierównomierność w analizie zjawiska i w wyznaczeniu działań. (rys. 2)

Struktura NPZ 2016-2020	
Cel strategiczny: wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie społecznych nierówności w zdrowiu	
Cele operacyjne	Liczba stron
1 Poprawa sposobu <b>żywienia</b> , stanu odżywienia oraz <b>aktywności fizycznej</b> społeczeństwa	6
2 Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem <b>substancji psychoaktywnych</b> , uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi	20
Krajowy program przeciwdziałania narkomanii	9,5
Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	4
Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych	2
Program przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym	2
3 Profilaktyka problemów <b>zdrowia psychicznego</b> i poprawa dobrostanu psychicznego społeczn.	4,5
4 Ograniczanie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w <b>środowisku</b> zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki	5,5
5 Promocja zdrowego i aktywnego <b>starzenia się</b>	3,0
6 Poprawa <b>zdrowia prokreacyjnego</b>	1,5
Zadania koordynacyjne, ewaluacyjne i badawcze	3

Rys. 2

Czy możemy odnieść sukces w realizacji NPZ? Moim zdaniem można być zwycięzcą wtedy, kiedy jest się elastycznym, widzi się problemy i je rozwiązuje. Oczywiście, modyfikacje mogą być trudne, ale są możliwe. Jeśli natomiast problemów się nie dostrzega, omija je, to szala przechyliła się w stronę porażki.

A zatem jakie są mocne i słabe strony NPZ? Mocne – to oczywiście umocowanie ustawą o zdrowiu publicznym. NPZ jest też obecnie aktem prawa powszechnie obowiązującego na mocy rozporządzenia Rady Ministrów. Poprzednie programy były uchwałą Rady Ministrów, czyli obowiązywały administrację państwową, publiczną, nie obowiązywały innych podmiotów. Jest też wydzielone finansowanie. Mamy rozpisane mechanizmy koordynacji na poziomie krajowym w postaci być może pełnomocnika rządu, jeśli do tego dojdzie, ale na pewno funkcjonujących rady i komitetu sterującego. I mamy też zapisany w prawie system przekazywania informacji na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z grudnia 2016 r., czyli te sprawy są formalnie uregulowane.

Jakie są słabe strony, którym warto się przyjrzeć? Zarówno NPZ, jak i ustawa nie zawiera słownika, nie mamy operacjonalizacji używanych pojęć. I na przykład w NPZ używa się równolegle w różnych fragmentach określeń: edukacja, informacja, upowszechnianie wiedzy, porada, szkolenie. Nie wiemy, czym te metody się różnią. Inne określenia: kadra medyczna, personel medyczny,

pracownicy ochrony zdrowia. Nie wiemy, kim są te osoby, a mamy skierować działania właśnie do nich. W programie są często odwołania do stylu życia, który również nie jest zdefiniowany. Można go zdefiniować bardzo prosto jako wiedzę, ale też jako przekonania, jako zachowania, można jeszcze dodać do tego inne elementy. Są takie określenia jak: dostępność do opieki zdrowotnej, adekwatność świadczeń, ich efektywność, które również nie są zdefiniowane. Jeśli mowa o efektywności, być może chodzi o kosztową, ale jeśli tak, to do pomiaru jest wiele wskaźników.

Nie mamy też materiałów pomocniczych, wdrożeniowych, takich samouczków, jak sobie radzić z realizacją. Jeśli wziąć za przykład amerykański program *Healthy People 2020*, to są tam setki materiałów pomocniczych, różnych dobrych praktyk, wskazówek, wzorców, odesłań, linków. Takich materiałów pomocniczych do NPZ nie mamy.

NPZ jest zbiorem działań wertykalnych, ma tak zwaną konstrukcję Partenonu ateńskiego, czyli osobnych kolumn, które wyobrażają osobne ścieżki postępowania. Programy są wertykalne, czyli „chorobowe”. Najlepiej to widać w celu: zdrowie psychiczne, gdzie osobno zajmujemy się narkomanią, osobno alkoholem, osobno tytoniem, podczas kiedy te trzy problemy są ze sobą powiązane. Warto w związku z tym przyjrzeć się, jakie są powiązania, synergie między różnymi kolumnami, czyli problemami i celami, i starać się łączyć kwestie pokrewne.

Celem strategicznym NPZ jest „wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu”, a zatem zmniejszenie nierówności w zdrowiu nie jest osobnym celem programu. Tymczasem z doświadczeń międzynarodowych wiemy, że zmniejszenie nierówności w zdrowiu wymaga specyficznych działań kierunkowych, a te, które zmierzają do ogólnej poprawy zdrowia społeczeństwa, mogą generować nierówności. Dlatego w tej chwili Światowa Organizacja Zdrowia mówi, że każda polityka zdrowotna i program zdrowotny powinny mieć dwa osobne cele: poprawa zdrowia i zmniejszanie nierówności.

Mamy w NPZ pewną nadreprezentację troski o niektóre grupy społeczne. Myślę o pracownikach służb mundurowych, którzy wymagają co prawda szczególnej opieki, jednakże korzystają z własnego podsystemu ochrony zdrowia. Można też dyskutować, czy alokować środki na pomoc dla bezdomnych, na przykład pod kątem gruźlicy, w tym wielolekoopornej.

NPZ jest programem typu *top-down*, to znaczy jest odgórny, w tym sensie, że profesjonaliści zdefiniowali problem i wskazali rozwiązania. Jest bardzo mało przestrzeni na działania oddolne, które są typowe dla promocji zdrowia,

nazywamy je *bottom-up*. Przykładem takich skromnych działań oddolnych jest budżet partycypacyjny w samorządach terytorialnych. W NPZ nie ma na nie miejsca.

W NPZ nie ma też pewnych ważnych tematów, pomimo że należą do wskazanych celów. Na przykład nie jest rozwinięta kwestia nadzoru nad środowiskiem nauki, co o tyle istotne, że dwa dni temu Najwyższa Izba Kontroli pokazała raport z kontroli stanu higienicznego i zdrowotnego środowiska nauki (wykonanej przez Państwową Inspekcję Sanitarną dla NIK), który pokazał poważne niedostatki w tym obszarze.

Chciałabym rozwinąć dwa ostatnie spostrzeżenia. Otóż NPZ stawia większe niż dotychczas wymagania wobec jednostek samorządu terytorialnego. Jak państwo wiecie, z mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jednostka samorządu, która planuje zrobić program, powinna nadesłać go do AOTMiT do zaopiniowania. Wygląda to w ten sposób, że łącznie w latach 2012–2015 najmniej takich programów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców nadesłano z województwa warmińsko-mazurskiego, bo było to 8,3 programu na milion mieszkańców. Natomiast stosunkowo aktywne było województwo dolnośląskie, gdzie tych programów było blisko 50. Wynika to zarówno z zainteresowania JST, jak też zamożności danego terytorium. NIK twierdzi, że ta sytuacja może powodować nierówności w zdrowiu.

Jeśli natomiast popatrzeć na jakość tych programów, projektów programów, które są nadsyłane do AOTMiT, to sytuacja wygląda tak, że żadne z województw nie uzyskało wskaźnika lepszego niż 54%, czyli połowa projektów programów jest niewłaściwa albo uzyskuje opinię negatywną, albo warunkowo pozytywną, co oznacza potrzebę zmian. Jeśli spojrzeć na zawartość projektów programów z 2012 r., to w 70% zbadanych programów potrafiło odpowiednio sformułować cele, w około 10% opisywano w miarę poprawnie efekty i w około 10% monitorowanie, a w prawie żadnym ze zbadanych 209 programów nie opisano poprawnie sposobów oceny efektów. W sierpniu 2016 r. NIK opublikowała raport na temat wyników kontroli z realizacji programów przez samorządy i sformułowała liczne zalecenia co do poprawy sytuacji.

Są też pewne wątpliwości odnośnie monitorowania. Otóż monitorowanie, w największym skrócie, polega na bieżącej obserwacji, co się dzieje i czy dzieje się zgodnie z planem. Ewaluacja natomiast polega na wartościowaniu, na ocenie, czy nam wyszło, dlaczego nam wyszło, dlaczego nie, co było dobre, co złe. Monitorowanie i ewaluacja to są koła zębate w tym mechanizmie, jakim jest program zdrowotny. I muszą być połączone z innymi kołami zębatymi tego mechanizmu, tak jak w zegarku szwajcarskim. To jest bardzo precyzyjna, naprawdę zegarmistrzowska robota.



Jaki mamy problem? Ani cele operacyjne, ani zadania w NPZ nie zostały wyrażone w kategoriach tak zwanych SMART, czyli m.in. mierzalnych. Nie określono, o ile ma się zmienić istniejący stan i w ciągu jakiego czasu. A zatem nie mamy punktu odniesienia. Proponuje się też, aby zmierzyć efekty NPZ za pomocą liczby bezrobotnych, podczas kiedy żadne z zadań nie dotyczy ani zmniejszenia liczby bezrobotnych, ani w ogóle działań na rynku pracy. W dowolny sposób można mierzyć efekty edukacji, ponieważ nie ma wskaźników.

Jeśli popatrzeć na program zdrowotny w ujęciu procesowym, to potrzebne są nakłady: ludzie, pieniądze, siły i środki. Jeśli wykorzystamy takie zasoby, to będziemy mogli prowadzić odpowiednie działania. Jeśli je przeprowadzimy, to uzyskujemy produkty, takie jak liczba osób przeszkolonych, audycji telewizyjnych, przeprowadzonych szczepień etc. Jeśli uda się osiągnąć takie produkty, to możemy oczekiwać rezultatów krótkoterminowych pod postacią na przykład zmiany wiedzy, postaw, zwiększonej zgłaszalności itd. W dłuższej perspektywie nasze oddziaływanie będzie polegać na zmniejszeniu umieralności, polepszeniu jakości życia itd. W NPZ mamy bardzo rozbudowane wskaźniki nakładu i produktu, mało jest wskaźników rezultatu i prawie wszystkie zaproponowane wskaźniki są wskaźnikami oddziaływania. Ale formalnie rzecz biorąc, wskaźniki oddziaływania dotyczą terminów długich, natomiast NPZ obejmuje okres czterech lat. Raczej nie możemy się spodziewać, że w okresie 4-letnim uzyskamy założone wskaźniki oddziaływania.

Kończąc, chciałam przypomnieć, że lepsze jest zapobieganie niż leczenie. Jest takie powiedzenie, którego autorem jest Benjamin Franklin: „Uncja prewencji jest warta funta leczenia”.

Dziękuję i zachęcam do pytań.





Dyskusja panelowa

Jak osiągnąć sukces  
Narodowego Programu Zdrowia  
2016–2020?



## **Senator Waldemar Kraska**

Dziękuję, pani profesor, za przedstawienie szans i zagrożeń.

Teraz spróbujemy się zorientować, jak jednak osiągnąć ten sukces w Narodowym Programie Zdrowia. Proszę panią profesor o prowadzenie panelu.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Dziękuję.

Chciałabym zacząć od wyjaśnienia, dlaczego na początku zastrzegalam się, że wszystko... Ale profesor Zdrojewski prosi o głos.

## **Dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski**

Parę słów na temat wykładu. Chcę gorąco podziękować za fachową, potrzebną analizę Narodowego Programu Zdrowia, ale nie dlatego, że ten program jest wielkim sukcesem i że tutaj siedzą współtwórcy i jego realizatorzy. Chcę jednak polemizować w paru punktach. Po pierwsze, brak słownika. To jest głęboko przemyślane. Jako zaproszeni do współpracy w pisaniu ustawy o Narodowym Programie Zdrowia, spotkaliśmy się – 17 ekspertów Komitetu Zdrowia Publicznego – i okazało się, że mamy bardzo różne opinie. Nie pamiętam gorętszej dyskusji niż ta podczas posiedzenia komitetu półtora roku temu. Świadomie zaleciliśmy autorom, żeby tego słownika w tym momencie nie tworzyć, ponieważ spowodowałoby to zbyt wiele kontrowersji. Wszystko, co pani profesor powiedziała, wskazuje, jak NPZ poprawiać. Był jeden wielki kompromis podczas przygotowywania tego dokumentu między czasem i furtką polityczną, że NPZ może być wprowadzony, a wymaganiami, jakie tworzą na przykład takie organizacje jak narodowe instytuty w Stanach Zjednoczonych. Więc rozumiem to odniesienie dzisiejsze, jego celem nie było pokazanie, że ja wiem lepiej, tylko wskazanie dróg, jak to ma się zmieniać.

## Dr hab. n. med. Dorota Cianciara

Bardzo dziękuję, panie profesorze, za ten głos. Zdając sobie sprawę z istniejących ograniczeń i możliwości, ale też potrzeb, chciałabym uzupełnić to, o czym mówiłam. Zacznę od tego, że Narodowy Program Zdrowia jest typowym dokumentem politycznym. To wykładnia polityki zdrowotnej państwa. W tej sprawie są różne zainteresowane strony. W zdrowiu publicznym jest tak, że współpraca świata badaczy i praktyk ze światem *policymakers*, których nazwiemy tu twórcami polityk, decydentami czy politykami, jest bardzo trudna. To opisuje się tak, że badacze są z Marsa, a politycy z Wenus. Ross Brownson, który jest jedną z najbardziej zasłużonych postaci w obszarze zdrowia publicznego opartego na dowodach, pracuje w szkole zdrowia publicznego w Saint Louis. Ujął to tak: „Badacze i *policymakers* są podróżnikami w światach równoległych”. Ja specjalnie przedstawiłam punkt widzenia badacza, chcąc wywołać dyskusję.

Powołam się tutaj – odpowiadając na uwagę pana profesora – *in extenso* na charakterystykę obu tych światów zaprezentowaną przez Brownsona (R. Brownson et al., *Researchers and policymakers. Travellers in Parallel Universes*, „American Journal of Preventive Medicine”, 2006, 30(2), ss.164–172). Czym różnią się badacze od *policymakers*? Otóż głównym bodźcem do działania dla badaczy są granty i publikacje, a dla polityków powtórny wybór i uznanie. Liderem opinii wśród badaczy są osoby, które funkcjonują w środowisku naukowym, natomiast dla polityków to są liderzy polityczni, społeczni. Następne zmienne: związki z rzecznikami – w przypadku badaczy słabe, w przypadku polityków – silne. Odpowiedzialność – badacze czują się odpowiedzialni przed wydawcami i fundatorami badań, politycy przed partiami politycznymi, rządem i podatnikami. Zakres wiedzy – w przypadku badaczy wiedza głęboka, skoncentrowana na wąskich zagadnieniach, w przypadku polityków mniej głęboka w szerszym zakresie zagadnień. Chęć czy też umiejętność akceptowania niepewności – niska u badaczy, wysoka u polityków. Poleganie na danych – badacze polegają na badaniach empirycznych i ustaleniach nauki, politycy na nauce, mediach, historiach z życia, doradcach. Zwyczajowe metody uzyskiwania informacji – wśród badaczy z czasopism naukowych, ze spotkań naukowych, wśród polityków z mediów, od zespołu, kolegów. Czas działania – dla badaczy długi, dla polityków krótki. Nie będę dalej tego rozwijać, bo tych różnic jest wiele. To pokazuje dwa światy, które gdzieś się muszą spotkać. Ja w pełni rozumiem fakt, że Narodowy Program Zdrowia i ustawa miały swoje wyższe cele i pewne rzeczy trzeba było poświęcić, jednak uważam, stojąc na stanowisku badacza, że program powinien być zanalizowany pod kątem lepszych i gorszych stron, dla jego dobra.

Taka była intencja, żeby do tej dyskusji zaprosić przedstawicieli świata polityki, stąd serdeczne zaproszenie dla pana ministra Stanisława Szweda, stąd zaproszenie dla pana doktora Dariusza Poznańskiego, który musiał sobie z tym zadaniem poradzić, za co bardzo dziękujemy. Chciałabym zapytać, jak z punktu widzenia panów wyglądają mocne i słabe strony NPZ? Czy widzicie potrzebę i możliwość jakichś modyfikacji? A potem z tym samym pytaniem chcę się zwrócić do doktor Justyny Grudziąż-Sękowskiej. Czy na sali jest pan Marek Wójcik? Od razu powiem: pan Wójcik jest reprezentantem korporacji samorządowych od wielu lat i uznałam pana za przedstawiciela kolejnej strony, czyli praktyków. Zatem jeśli państwo pozwolą, posłuchamy teraz dwóch głosów: *policymakers* i praktyków.

Zacznijmy od pana ministra.

### **Stanisław Szwed\***

Dzień dobry państwu.

Tak się zastanawiałem, jak pani profesor mówiła o sprawach dotyczących polityki... Co zdecydują moi wyborcy, gdy się przedstawię, że jestem przewodniczącym Rady Zdrowia Publicznego i jak w moim okręgu zlikwidują szpital. Co będzie dla mnie gorsze? Myślę, że jednak to drugie. Jak pozwolę zamknąć szpital, to mnie po prostu w tym świecie polityki już nie będzie.

A mówiąc poważnie, bardzo się cieszę, że ta konferencja się odbywa, że możemy wymienić poglądy, bo dyskusja pokazuje, w jakim miejscu jesteśmy. Pierwsze programy pojawiły się na początku lat 90. Dzisiaj mamy ustawę, do której możemy się odnieść. Pozytywna strona tej ustawy to na pewno kwestia związana z finansowaniem. Myślę, że obiektywnej oceny będziemy mogli dokonać po roku jej funkcjonowania. Ubiegły rok był „rokiem rozruchu”, więc te opinie, które tutaj wygłaszamy, na pewno nie do końca są obiektywne.

Wracając do zagadnienia: partnerstwo czy kwestia konkurencji dla medycyny naprawczej, to odpowiedź jest dosyć prosta. To musi być partnerstwo, tutaj nie ma innej drogi, jeżeli mówimy o naszym społeczeństwie, o naszej populacji. Znajomość zdrowia publicznego jest dosyć słaba, delikatnie mówiąc, nawet w świecie polityki. Oczywiście wiemy o tym, że się starzejemy, co nas czeka itd., ale czy to ma wpływ na podejmowane decyzje? Z tym bywa różnie.

Krótko odniosę się do ministerstwa, które reprezentuję, bo w tej roli się tutaj widzę bardziej niż w roli przewodniczącego Rady Zdrowia Publicznego. Jeśli chodzi o ministerstwo, to dla nas cel piąty jest najważniejszy, czyli starzenie

---

\* Stanisław Szwed – sekretarz stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

się społeczeństwa i polityka senioralna, którą realizujemy. I nie ukrywam, że to, co do tej pory dotyczyło polityki senioralnej, absolutnie nas nie zadowala. Widzimy, jakie stoją przed nami wyzwania, co trzeba robić. Te programy, czy ustawę o osobach starszych, trzeba po prostu wypełnić treścią, biorąc pod uwagę to, o czym państwo już mówiliście, o procesach starzenia się i o tym, co nas czeka w najbliższych kilkunastu czy kilkudziesięciu latach. To jest przed nami. Oczywiście realizujemy programy dotyczące kwestii wsparcia dla osób starszych, Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS), program „Senior+”, wcześniej kontynuacja programu „Senior-WIGOR”. Jest duże zainteresowanie. Program ASOS, który już został rozstrzygnięty, miał ponad 1600 wniosków, czyli bardzo duża liczba organizacji i stowarzyszeń chciała w tym uczestniczyć. Uniwersytety trzeciego wieku itd., to są wszystkie bardzo dobre działania. W 2017 r. na program ASOS przekazano 40 milionów złotych. To nie są jakieś olbrzymie środki, ale można już z nich korzystać. W następnych latach trzeba ten kierunek wzmacniać.

I drugi program, „Senior+”, kwota 30 milionów jest skierowana do samorządów, które mogą dofinansowywać już działające kluby seniora lub tworzyć nowe. Ten program jest w tej chwili na etapie składania wniosków. Patrząc na zdrowie publiczne, zwracamy uwagę na politykę senioralną państwa. W ministerstwie jest departament senioralny. Pracujemy teraz nad programem senioralnym w kontekście ustawy o osobach starszych. Żeby osiągnąć cel, konieczne jest wspólne działanie. I politycy, i samorząd, i środowisko medycyny, i zdrowia publicznego, wszyscy jesteśmy razem. Mamy szansę, żeby osiągnąć sukces, ale przed nami długa droga.

Któryś z panów mówił o promocji. Tego nam ciągle brakuje, jeśli chodzi o promowanie zdrowego trybu życia, pokazywanie zagrożeń. To na pewno duże wyzwanie, które jest przed nami, które musimy próbować realizować poprzez świat mediów. Ja jestem optymistą i wierzę, że osiągniemy sukces.

Pan Marek Wójcik pewnie zaraz się do tego odniesie. Dziękuję bardzo.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Dziękuję serdecznie, panie ministrze.

Chciałabym teraz poprosić pana dyrektora Dariusza Poznańskiego, by opowiedział, jak postrzega te mocne i słabe strony NPZ.

## Dariusz Poznański\*

Bardzo dziękuję.

Szanowni Państwo!

Jakie są czynniki, które mogą przyczynić się do sukcesu Narodowego Programu Zdrowia? To przede wszystkim ludzie, ludzie i jeszcze raz ludzie. W zależności od tego, jakie jest przygotowanie, zaangażowanie osób, które wdrażają różne rozwiązania, planują w zdrowiu publicznym, czy to kadra urzędnicza, czy świat naukowy, czy świat polityków. Docelowy stan będzie wprost proporcjonalny do tego, jakie osoby tym się zajmują, co osobiście wnoszą. To w mojej ocenie kluczowy czynnik.

Ułatwieniem, nad którym pracujemy, są rozwiązania instytucjonalne – pozwolą nam na dostarczenie forum do współpracy różnych grup praktyków i naukowców zdrowia publicznego. Obecne rozwiązania pozwalają na koordynację: Rada do spraw Zdrowia Publicznego, Komitet Sterujący. Mamy też szereg instytutów, które nam pomagają, Komitet Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Musimy zacieśnić współpracę, bo do planowania i oceny skuteczności naszych rozwiązań, które wdrażamy, bardzo potrzebna jest aktualna, najbardziej nowoczesna wiedza naukowa i to zarówno w perspektywie długofalowej, jak i w codziennej praktyce realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Zdrowia.

Pani profesor wspomniała o kilku rzeczach, które pozwolę sobie skomentować z punktu widzenia prac nad Narodowym Programem Zdrowia i pierwszych miesięcy jego funkcjonowania. Po pierwsze, odniosę się do konstrukcji samego programu, jakby nierównomierniej proporcji pomiędzy poszczególnymi zadaniami, nadreprezentacji zadań kierowanych do służb mundurowych, czy też kwestii tego, że cel operacyjny dotyczący profilaktyki uzależnień jest tak rozbudowany. Co prawda, to piąty Narodowy Program Zdrowia, ale to jest pierwszy Narodowy Program Zdrowia, który wydano w randze aktu powszechnie obowiązującego prawa. Ponadto jest to tak naprawdę metaprogram, bo powstawał na podstawie rzeczy już istniejących, innych programów. Proszę pamiętać, że Narodowy Program Zdrowia skonsumował wcześniejsze programy, które funkcjonowały odrębnie: Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych czy Krajowy Program Przeciwdziałania Narkomanii. Te programy wcześniej funkcjonowały ze swoimi instytucjami, narzędziami, finansowaniem, sprawozdawczością itd. Biorąc pod uwagę konieczność plano-

---

\* Dariusz Poznański – zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia.



wania tych działań i realizowanie ich w sposób zintegrowany, kompleksowy stwierdziliśmy, że nie ma uzasadnienia, by stały się elementem jednego programu. Obecnie faktycznie tak jest, że cele dotyczące uzależnień są najbardziej rozbudowane, bo one już bazują na rzeczach, które były realizowane od wielu lat. Natomiast prozdrowotne elementy polityki publicznej, na przykład prozdrowotna polityka senioralna czy promocja zdrowia prokreacyjnego, są dopiero na początku drogi. Jestem przekonany, że z biegiem lat zarówno Narodowy Program Zdrowia będzie do tego dostosowywany, ale też kolejne programy staną się bardziej ujednolicone.

Proszę zwrócić uwagę, że poprzednie programy nigdy nie były nowelizowane. Były przyjmowane na siedem czy osiem lat i według mojej wiedzy nigdy nie było aktualizacji tych dokumentów. Nowy Narodowy Program Zdrowia realizujemy dopiero czwarty miesiąc, ale już mamy taki czerwony segregator, gdzie odkładamy rzeczy, które jeszcze wymagają pracy, trzeba będzie w odpowiednim momencie nowelizować rozporządzenia. I to są zarówno drobne sprawy, jak i systemowe. Wsłuchujemy się w dyskusje, które toczą się wokół Narodowego Programu Zdrowia, żeby całościowo spojrzeć na jego konstrukcję, ale też szukać jakichś niedociągnięć.

Bardzo zależało nam na tym, żeby Narodowy Program Zdrowia był jak najbardziej elastyczny, stąd też nie wpisywaliśmy w wielu miejscach sztywnych definicji, które mogłyby rodzić problemy przy interpretacji. Oczywiście zgadzam się, że w pewnym momencie pojawienie się jakiegoś słownika, uporządkowanie tych pojęć jest potrzebne. To, że tego nie zrobiono, wynikało w dużej mierze po prostu z braku czasu, bo te prace były bardzo intensywne i w pewnym momencie postanowiliśmy je zakończyć, by przekazać dokument Radzie Ministrów. Narodowy Program Zdrowia jest więc zaplanowany na autorozwój, bo wiele zadań, które tam zapisano, to zadania polegające na testowaniu różnych rzeczy, na pilotażach. Jeżeli one okażą się skuteczne, to będą zawarte w kolejnych programach. Jeśli będą dotyczyły jakichś rozwiązań na przykład w systemie opieki zdrowotnej, to też będzie punkt wyjścia do zmian w tym systemie.

Myślę, że warto zwrócić uwagę, że NPZ to nie jest tylko te sześć celów operacyjnych dotyczących nadwagi i otyłości, zdrowia psychicznego, uzależnień itd., ale na końcu programu jest grupa zadań koordynacyjnych. Bo pewne rzeczy przechodzą horyzontalnie przez cały program i nie było możliwości wyodrębniania ich w każdym celu operacyjnym. Parę spraw wyciągnęliśmy poza nawias, dotyczą monitorowania, oceny sytuacji zdrowotnej. Najlepszym przykładem jest portal informacyjny prowadzony przez Polską Agencję Prasową czy kompleksowy raport o sytuacji zdrowotnej ludności polskiej i uwarunko-

waniach przygotowywany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Odniosę się do słów pani profesor Cianciary: Nie unikamy problemów, nie mówimy, że pewnych rzeczy nie da się zrobić. Jesteśmy pewni, że da się i planujemy zmiany zarówno w samym Narodowym Programie Zdrowia, ale też w przepisach dotyczących zdrowia publicznego, przepisach ustawowych. Była tutaj rozmowa o Urzędzie Zdrowia Publicznego. Pracujemy nad zmianami organizacyjnymi na szczeblu centralnym, ale też myślimy w krótszej lub dłuższej perspektywie o takich czynnikach, które w naszej ocenie będą determinowały sprawność całego systemu zdrowia publicznego. Moim zdaniem to przede wszystkim kwestia zaangażowania jednostek samorządu terytorialnego w realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego. W tak dużym kraju jak Polska nie ma możliwości, żeby Warszawa realizowała wszystkie programy. To w dużej mierze zadania własne jednostek samorządu terytorialnego. Wiemy, że wiele samorządów wymaga pomocy, szczególnie małe, poniżej 5000 mieszkańców. Z analiz uwarunkowań społeczno-ekonomicznych i zdrowotnych wiemy, że to są samorządy w najtrudniejszej sytuacji i wymagają największego wsparcia zarówno merytorycznego przy planowaniu swoich działań, jaki i finansowego – a takie narzędzie jest. Warto czytać Narodowy Program Zdrowia razem z ustawą, bo ustawa o zdrowiu publicznym zmieniła ustawę o świadczeniu opieki zdrowotnej, dodała takie narzędzie, dzięki któremu jednostki samorządu terytorialnego mogą się ubiegać o dofinansowanie programów profilaktycznych, zależnie od swojej wielkości. Właśnie te jednostki samorządu poniżej 5000 mieszkańców mogą uzyskać 80% dofinansowania, a pozostałe samorządy – do 40%.

W dłuższej perspektywie chcemy postawić na dobre relacje z samorządami i wsparcie w planowaniu programów, realizacji i ocenie interwencji na rzecz zdrowia publicznego, ale też przy tworzeniu warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia, niekoniecznie związanych z finansowaniem.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Bardzo dziękuję za wypowiedź. Cieszy mnie elastyczność ministerstwa. To dobry prognostyk na następne lata. A skoro tyle uwagi wszyscy poświęcamy samorządom, to teraz poproszę – to chyba najlepszy moment – żeby pan Marek Wójcik, który całe lata był związany ze Związkiem Powiatów Polskich, a teraz i ze Związkiem Miast Polskich, opowiedział, jak to wygląda.

## Marek Wójcik\*

Dzień dobry państwu.

Bardzo jestem rad z zaproszenia na dzisiejsze spotkanie. Pani profesor zrobiła mi prawdziwą przyjemność, nazywając mnie ekspertem. Panie ministrze, proszę się nie obawiać, będę oceniał dobrze...

Miałem przyjemność pracować w rządzie, ale chcę wyraźnie podkreślić: nie jestem członkiem żadnej partii politycznej. Uważałem to za ogromny honor, że byłem w rządzie, nie będąc równocześnie w partii politycznej, co pozwala mi na mówienie nieco inaczej, niż robią to często politycy. W tej kategoryzacji, która tutaj została przedstawiona, to chyba się nie mieści.

Drodzy Państwo, kwestia zdrowia publicznego to nie jest szczyt na liście priorytetów. W systemie ochrony zdrowia to wszystko, co robiliście przez te lata – tutaj chylę czoło i pięknie dziękuję – to proces powolny. Zastanawiałem się, w jaki sposób to zobrazować. Przyszło mi do głowy powiedzenie, chyba chińskie: Strumień w relacjach z kamieniem wygra nie siłą, tylko cierpliwością. Rzeczywiście państwo wykazujecie tu – ci, którzy pracują nad tym, aby zdrowie publiczne było w Polsce właściwie traktowane – że tej cierpliwości się nauczyliście. Tutaj wywołam jedną kwestię. Ustawa o zdrowiu publicznym pojawiła się w 2015 r. Muszę z prawdziwą przyjemnością wspomnieć o pani minister Beacie Liberze, która przyczyniła się do jej powstania; bez pani minister Libery nie byłoby tej ustawy.

Chciałem podziękować panu profesorowi Andrzejowi Wojtczakowi, bo jako pierwszy powiedział miłe słowa o samorządach. Jako osoba, która lubi operować faktami, pokażę państwu kilka z nich. Samorządy i samorządowe programy zdrowia mogą odegrać ogromną rolę w realizacji NPZ. Jednak muszę użyć słowa „mogą”. Pokażę państwu krótki przegląd tych programów. Trzeba zrobić wszystko, żeby było ich więcej, bo bez decentralizacji nic się nie osiągnie, bez wsparcia samorządów w realizacji tych zadań razem z partnerami społecznymi. Potrzebujemy także nowych przepisów, które pozwolą nam na takie partnerstwa publiczno-publiczne, publiczno-społeczne, czy nawet publiczno-prywatne, które spowodują, że cele narodowego programu będą lepiej realizowane.

Ile programów samorządy zgłosiły do agencji? Rekordowy był 2013 r. Ostatni, 2015 r., nieco słabszy. W 2016 r. nastąpił lekki wzrost. Jak obserwuję liczbę ocen agencji z 2017 r., to też się zapowiada, że będzie między 220 a 250. Ale generalnie nie ma skoku w górę, nie bez przyczyny. Kto te programy reali-

---

\* Marek Wójcik – Związek Powiatów Polskich, Związek Miast Polskich.

zuje? Głównie miasta na prawach powiatu, których jest 66, większość z nich realizuje programy. Jest ogromny kryzys w powiatach. W ubiegłym roku na 33 programy, które zostały zgłoszone do agencji, 26 otrzymało negatywną ocenę – nie warunkową, nie pozytywną, ale negatywną. Trzeba pomóc powiatom w realizacji tych programów. Staraliśmy się to robić od lat jako organizacja samorządowa, ale wiadomo, jaka jest codzienność finansowa. Oczekuje się od programów powiatowych i wojewódzkich dużego zasięgu oddziaływania, dużej efektywności. W związku z tym jednym z głównych problemów w przypadku samorządowych programów realizowanych przez powiaty jest to, że grupa odbiorców jest niewielka, a tym samym efektywność też nie największa.

Pani profesor pokazywała, w jaki sposób to się przekłada na mapę. Ja też pokażę, jak to jest w Polsce. Problem polega na tym, że mamy tak dużo ocen negatywnych. Zwróćcie państwo uwagę, 34% programów w ubiegłym roku zostało zaopiniowanych negatywnie, tylko 5% pozytywnie. Większość to są opinie warunkowe. To wynika z tego, że nie mamy zbyt wiele środków, że w samorządach nie pracują osoby, które studiowały zdrowie publiczne. Często są to osoby przypadkowe – mam dla nich ogromny szacunek, to wyraźnie chcę zaznaczyć, jest w tej grupie spora liczba fantastycznie pracujących ludzi, ale często niestety muszą zajmować się ochroną zdrowia, sportem, kulturą i też oświatą. Bardzo liczyliśmy na to, że w środkach na Narodowy Program Zdrowia znajdą się pieniądze na kształcanie ludzi. To ważna prośba. Korzystam z każdej okazji, jako człowiek wielkiej pokory, by prosić, żeby tym ludziom pomóc, przeszkolić ich, stworzyć narzędzia informatyczne, które pozwolą na to, by programy były lepsze.

Mógłbym o tym godzinami opowiadać: w kalkulacji przygotowania programu samorządowego największe koszty dotyczą zawartości merytorycznej, medycznej, której nie możemy zrobić sami, bo w samorządach nie pracują osoby z wykształceniem medycznym. Najczęściej jest tak, że musimy się zwrócić o pomoc do kogoś, kto za chwilę będzie ten program realizował, do kogoś, kto pracuje w naszym szpitalu powiatowym etc. Mamy z tym duży problem, z tą zawartością merytoryczną, szczególnie medyczną, stąd tak duża liczba negatywnie ocenianych projektów. Trzeba z tego wyciągnąć wnioski.

Oto mapa za 2015 r. Te niebieskie pola to miejsca w Polsce, gdzie samorządy zgłaszały do agencji prośbę o zaopiniowanie programu. Jak państwo widzicie, Wisła dzieli Polskę na dwie części. Po stronie wschodniej mamy tych programów niestety o wiele mniej. Od lat obserwuję polaryzację. Jest coraz więcej samorządów, które realizują po kilkanaście dobrych programów, dobrych projektów, ale też zwiększa się liczba takich, które nie sięgają po żaden.

Teraz województwa. Zestawiłem lata 2015 i 2016 ze względu na liczbę wniosków do agencji ze strony gmin, powiatów i województw w skali całego

kraju. Zwróćcie państwo uwagę, że mamy wyraźnych liderów, ale także takie województwa, które bardzo odstają. Proszę się nie gniewać, jeśli ktoś z państwa jest z zachodniopomorskiego czy warmińsko-mazurskiego, ale jeżeli w ciągu roku samorząd, czy to gminny, czy powiatowy, czy też samorząd województwa, zgłasza jeden wniosek, jedną propozycję programu, to jest bardzo mało. Różnice regionalne są ogromne i wcale nie wynikają z populacji. Bo oczywiście Mazowsze, Śląsk mają najwięcej ludności, ale też mniejsze województwa znakomicie sobie dają radę, choćby lubuskie. Małe województwo, niecały milion ludzi, a realizują sporo programów samorządowych. Województwo łódzkie też realizuje ich wiele, bo to jest województwo szczególnej troski, w pozytywnym tego słowa znaczeniu, jeśli chodzi o zdrowie publiczne. Niestety, najkrócej się żyje w tych województwach.

Teraz powiem o tym, jakie to programy. Prawie połowa to szczepienia, aczkolwiek w ostatnim czasie to trochę inaczej wygląda. Szczepienia, głównie oczywiście HPV i grypa, absolutni liderzy. W profilaktyce to również wady postawy, wady słuchu, wzroku, profilaktyka nowotworów, to dominujące obszary zagadnień. Myślę, że ciekawe będzie dla państwa, ile my na to wydajemy. Z jednej strony to informacja, ile wydaliśmy na programy polityki zdrowotnej, nie na ochronę zdrowia w całości, nie jest to kwota globalna, a wyłącznie rozdział dotyczący programów polityki zdrowotnej: około 80 milionów złotych.

Mnie najbardziej cieszy, że to zaczyna trochę rosnąć. Nie mamy jeszcze pełnych danych za 2016 r. – będą dopiero na przełomie maja i czerwca – ale ze wstępnych ocen wynika, że będzie to więcej niż w 2015 r. To dobra informacja. Tylko błagam, pozwólcie nam państwo robić programy razem ze środkami Narodowego Funduszu Zdrowia. O to walczyliśmy tyle lat, żeby łączyć wysiłki, żeby nie było niepotrzebnej konkurencji, w której Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje jakiś program, a miasto będące siedzibą województwa realizuje to samo. Mamy duży potencjał i nie dam się przekonać, że nie będzie skuteczniejsze włączenie w programy profilaktyczne jednostek organizacyjnych typu szkoły, wychowawców, nauczycieli. Nie dam się przekonać, że nie będzie skuteczniejsze zaproszenie na badanie mammograficzne przyniesione mamie przez dziecko; będzie skuteczniejsze, jeżeli dziecko od wychowawcy dowie się, o co chodzi. Trzeba przygotować dziecko, to będzie dobry początek do tego, żeby ono też w przyszłości inaczej traktowało swoje zdrowie. Taka informacja dla mamy będzie o wiele skuteczniejsza niż szósty list z Funduszu. Ale niestety mamy z tym problem. W tej chwili trwa praca nad takimi regulacjami. Chcielibyśmy razem z Funduszem łączyć środki i robić dobre programy. Niestety aktualne propozycje, które w tej chwili są procedowane w resorcie, nie idą w tę stronę.

Powiem coś, co jest wstydlive, ale nie zwykłem chować niczego pod dywan. Z całości środków, które samorządy wydają na ochronę zdrowia, niecałe 2% przeznaczamy na samorządowe programy zdrowotne. Pozostała część to głównie inwestycje. Marzy mi się, żebyśmy rozwiązali problemy infrastrukturalne naszych podmiotów leczniczych, a potem dotarli do granicy – co dziesiątej złotówki przeznaczonej na programy zdrowotne.

Pani profesor słusznie mówiła o tym, że NIK wskazała pewne problemy. O części z nich powiedziałem, dlatego szanując państwa czas, nie będę ich wymieniał. Chcę przywołać myśl van Gogha: Jeżeli poskładamy razem jakieś małe sukcesy, to już będzie sukces.

Kończąc, raz jeszcze dziękuję wszystkim, którzy na tym polu się udzielają. Robicie państwo fantastyczne rzeczy. Nie nazywajmy rzeczy małych małymi, nie mówmy: zrobiliśmy tylko tyle. Mówmy: zrobiliśmy aż tyle. Proponuję zmianę optyki. Bardzo dziękuję za uwagę.\*

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Serdecznie dziękuję za opinię, jak to wygląda z perspektywy samorządów.

Na koniec poproszę panią doktor Justynę Grudziąż-Sękowską o przedstawienie jej stosunku do mocnych i słabych stron oraz ewentualnych kierunków usprawnień Narodowego Programu Zdrowia.

## **Dr n. med. Justyna Grudziąż-Sękowska\*\***

Szanowni Państwo!

Rozmawiamy tutaj o Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020, ale mam nieodparte wrażenie, że powinniśmy już zacząć zastanawiać się nad kolejną edycją Narodowego Programu Zdrowia. I tak naprawdę tego ta dyskusja powinna dotyczyć. Dlatego zamierzam powiedzieć o pewnych zagrożeniach, żebyśmy ignorując zagrożenia, nie narażali się na porażkę, jak powiedziała pani profesor Dorota Cianciara. Przygotujmy się do następnej edycji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 w sposób przemyślany, biorąc pod uwagę obecnie istniejące i możliwe w przyszłości zagrożenia.

Bardzo się cieszę, że pan dyrektor Poznański powiedział, że Narodowy Program Zdrowia i jego sukces to zasługa specjalistów pracujących w Departamencie Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia. Bardzo się cieszę, że ci

---

\* Wypowiedź nieautoryzowana, opracowana na podstawie stenogramu.

\*\* Dr n.med. Justyna Grudziąż-Sękowska – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

ludzie to specjaliści zdrowia publicznego. Myślę, że możemy liczyć, że będą postrzegali zdrowie publiczne jako naukę i sztukę.

A co mówi nauka o przyszłości zdrowia publicznego? Zwrócił już na to uwagę pan profesor Wysocki, mówił o tym również pan profesor Zdrojewski oraz pokazywała pośrednio pani profesor Cianciara w swojej prezentacji na temat determinantów zdrowia. Dobrze wiemy, że nawet znaczący wzrost nakładów na wąsko rozumiany system ochrony zdrowia nie zapewni nam poprawy stanu zdrowia populacji. Według analizy Thomasa Fridena z 2015 r., pomimo stałego i znaczącego wzrostu nakładów medycyna kliniczna nie zapewni istotnych wyników zdrowotnych. Związane z medycyną naprawczą szanse na poprawę stanu zdrowia i jakości życia społeczeństwa należy wiązać przede wszystkim ze zmianą sposobu udzielania świadczeń. Zmiany te powinny uczynić system ochrony zdrowia bardziej zrozumiałym, a same świadczenia bardziej dostępnymi i lepiej dostosowanymi do potrzeb pacjentów.

Szansę na poprawę wskaźników epidemiologicznych daje modyfikacja warunków życia ludzi. Dlatego powinniśmy się skupiać na czynnikach środowiskowych, a przede wszystkim ekonomiczno-społecznych determinantach zdrowia. Jaka jest w tym zakresie rola zdrowia publicznego? Przede wszystkim mobilizowanie do partnerstwa, mediowanie między interesariuszami oraz działanie na rzecz zdrowia w środowisku zróżnicowanych interesów. I w tę rolę niewątpliwie wpisuje się Narodowy Program Zdrowia ze swoją wielosektorowością, z normatywną podstawą, z rozpisaniem celów operacyjnych pomiędzy realizatorów z bardzo różnych sektorów gospodarki i z różnych szczebli administracji publicznej. Wpisuje się w tę rolę również tym, że zwraca uwagę na nierówności w zdrowiu. W tym zakresie niewątpliwą wartością dodaną Narodowego Programu Zdrowia oraz ustawy o zdrowiu publicznym jest to, że zostały w nich wprowadzone nowe mechanizmy koordynacyjne. Właściwie wykorzystane, mogą zwiększyć efektywność podejmowanych działań. Mówię tutaj głównie o systemie sprawozdawczości, o kontroli nad działaniem jednostek samorządu terytorialnego, o roli wojewody, do którego te jednostki będą raportowały również w trybie *ex post*. Pamiętajmy, że do tej pory mieliśmy do czynienia jedynie z kontrolą działań jednostek samorządowych w trybie *ex ante*. Kontrolę tę sprawowała Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, lecz proces opiniowania przez nią propozycji samorządowych programów zdrowotnych trudno nazwać skutecznym narzędziem koordynacyjnym.

Wartością dodaną Narodowego Programu Zdrowia w zakresie koordynacji jest zatem wprowadzona ocena zbieżności działań jednostek samorządu terytorialnego z programem (NPZ), o czym zresztą mówił pan Marek Wójcik



ze Związku Powiatów Polskich, stwierdzając: „Dajcie nam zrobić wspólnie programy i pomóżcie nam w ich finansowaniu”.

Bardzo krótko powiem o zagrożeniach dotyczących realizacji Narodowego Programu Zdrowia. W mojej opinii, opinii naukowca, znajdują się one już w samym dokumencie programowym – rozporządzeniu do ustawy o zdrowiu publicznym.

Tak naprawdę należałoby zacząć od celów. Sukcesem Narodowego Programu Zdrowia będzie realizacja celu strategicznego, a właściwie czterech elementów: wydłużenia życia, poprawy zdrowia, poprawy jakości życia oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu, a także celów operacyjnych. Problemem jest brak parametryzacji tych celów. Nie wiemy, do jakich wartości wskaźników dążymy, nie wiemy też, jakie są wartości wyjściowe.

Analiza formalna celów programu i wskaźników, które mierzymy, pokazuje, że brak miar efektu zdrowotnego i populacyjnego dla kilku celów. Niektóre parametry są dobrane nieprawidłowo, a niektóre są zbyt ogólne. To należałoby koniecznie zmienić.

Problemem jest również to, że zadania przypisane poszczególnym celom operacyjnym nie są niestety tożsame, nie pokrywają się z zadaniami zdrowia publicznego wymienionymi w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym. Części zadań z ustawy brakuje w NPZ. I można by zapytać: dlaczego? Czy są mniej istotne? Kto będzie je realizował? Co będzie ze sprawozdawczością? To warto byłoby usystematyzować.

Do zadań odnoszą się metody. O tym również wspominała pani profesor Cianciara, mówiąc, że zdrowie publiczne posługuje się różnymi metodami. Jeżeli w jednym celu strategicznym ujęte zostały równocześnie zmniejszanie nierówności w zdrowiu oraz poprawa stanu zdrowia ludności, to musimy zdawać sobie sprawę z tego, że czasami, poprawiając stan zdrowia ludności, będziemy zwiększali nierówności w zdrowiu. I tutaj warto skorzystać z wymiaru naukowego zdrowia publicznego, by metody realizacji celów zostały odpowiednio dobrane. By przybliżyły nas do osiągnięcia wszystkich celów, a nie jednych celów kosztem innych.

Chciałabym jeszcze krótko nawiązać do zadań nałożonych na jednostki samorządu terytorialnego. Proszę państwa, raport Najwyższej Izby Kontroli z 2015 r. na temat wydatkowania środków publicznych jasno pokazał, że wiele małych gmin nie realizuje nałożonych nań zadań publicznych względem swoich społeczności. Brakuje środków finansowych na zadania z zakresu ochrony zdrowia, na organizację i utrzymanie cmentarzy, na budowę dróg, na zaopatrzenie ludzi w wodę wodociągową. Wszyscy mamy świadomość, że nie zawsze dla lokalnych decydentów zdrowie ma wyższy priorytet niż przykładowo budowa dróg czy remont szkoły. Należałoby więc zastanowić się nad



możliwością współfinansowania. Ustawa o zdrowiu publicznym pozwoliła na to, żeby najmniejsze gminy wnioskowały o pieniądze centralne, by programy polityki zdrowotnej jednostek samorządu terytorialnego były dofinansowywane z pieniędzy Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku najmniejszych gmin może to być nawet do 80% środków przeznaczanych na program, a średnie i większe gminy mogą liczyć na dofinansowanie w wysokości do 40%. Problem polega tylko na tym, że aktualny Narodowy Program Zdrowia przewiduje ten mechanizm współfinansowania wyłącznie przy realizowaniu programów polityki zdrowotnej skierowanych na utrzymanie prawidłowej masy ciała. Należałoby rozszerzyć ten mechanizm, to wspomaganie finansowania najmniejszych jednostek samorządu terytorialnego, gdyż inaczej wystąpią poważne trudności w wykonaniu zadań.

Ostatnie zagrożenie, jakie widzę, to stwierdzenie, że sukces Narodowego Programu Zdrowia – obecnego i przyszłego – zależy od czynników wewnętrznych, czyli tego co zawiera sam program, od celów, metod, wskaźników, finansowania oraz mechanizmów koordynacji, ale zależy również od czynników zewnętrznych, od środowiska, w jakim program jest realizowany.

Uwzględniając tę drugą perspektywę, bardzo ważne jest, żeby przyjmowane nowe regulacje były spójne. Mam tutaj na myśli nową ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej, nad którą w tej chwili trwają prace, zakres działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz zakres zadań planowanego nowego urzędu do spraw zdrowia publicznego. Ważne, by postanowienia tych aktów prawnych były zgodne i spójne z Narodowym Programem Zdrowia i ustawą o zdrowiu publicznym.

Proszę nie myśleć, że według mnie Narodowy Program Zdrowia na lata 2016–2020 jest złym programem. Przeciwnie. W mojej opinii jest o kilka szczebli wyżej niż poprzednie narodowe programy zdrowia. Wykonano ogromną pracę. Uważam jednak, że nie widząc zagrożeń dotyczących realizacji obecnego programu, możemy zostać skazani na porażkę w przyszłości. Bardzo dziękuję.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Dziękuję.

Mam na koniec jeszcze jedno pytanie z prośbą o możliwie najkrótszą odpowiedź. Wszyscy obecni tutaj są szczerze zainteresowani sukcesem Narodowego Programu Zdrowia. Wyobraźmy sobie, że dostajecie państwo czarodziejską różdżkę, którą możecie wykorzystać, by spełnić jedno życzenie. Jeśli się spełni, to z sukcesem zrealizujemy Narodowy Program Zdrowia. Co byście państwo wybrali?

Najpierw poproszę o odpowiedź pana ministra.

## **Stanisław Szwed**

Staram się twardo stąpać po ziemi, nie jestem ani z Marsa, ani z Wenus. Gdybym miał odpowiedzieć jednym zdaniem, na pewno nie mówiłbym o kwestiach finansowych, bo to nie jest rzecz najważniejsza, choć zawsze mówimy, że najważniejsze są pieniądze, ale chyba nie w tym przypadku. Myślę, że trzeba przekonać społeczeństwo, że zdrowie publiczne, czy w ogóle nasze zdrowie, jest rzeczą najważniejszą, o którą powinniśmy dbać, również za pomocą tych instrumentów, o jakich dzisiaj mówimy. Myślę przede wszystkim o promocji.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Serdecznie dziękuję.

Panie dyrektorze, daję panu czarodziejską różdżkę.

## **Dariusz Poznański**

Dziękuję.

No cóż, muszę powtórzyć to, co mówiłem wcześniej, czyli ludzie, ludzie i jeszcze raz ludzie. To wszystko samo się nie zrobi, w samorządach, w Państwowej Inspekcji Sanitarnej i w administracji centralnej są potrzebni ludzie, którzy rozumieją zdrowie publiczne. Chciałbym, żeby w tym systemie było jak najwięcej świetnie przygotowanych, kompetentnych, zmotywowanych osób.

Jeszcze jedno małe doprecyzowanie, odnoszące się do wystąpienia pani doktor. To nie jest tak, że mechanizm dofinansowania samorządów dotyczy jednego zadania w NPZ, bo to wynika z ustawy, można wnioskować o dofinansowanie dowolnego programu, jeżeli jest pozytywna opinia agencji i wojewody. Dofinansowanie nie dotyczy tylko programu otyłości. Dziękuję bardzo.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Teraz poproszę o odpowiedź pana Marka Wójcika.

## **Marek Wójcik**

Ciekawe pytanie. Pomyślałem sobie, że opowiem krótko o pewnym moim doświadczeniu i to będzie odpowiedzią.

Przed laty byłem członkiem kadry olimpijskiej, biegałem. Wtedy podczas treningu wołano do mnie: „Szurkowski”, „Lubański”. Mało kto wówczas biegał. Dzisiaj milion Polaków deklaruje, że biega i startuje w imprezach masowych. To liczba zaniżona, biega więcej osób. Moja odpowiedź na pytanie jest następująca: Gdybym miał czarodziejską różdżkę, tobym spróbował poprowadzić kampanię w dużych mediach, która spowodowałaby, że ludzie złapią bakcyła zdrowotnego w większym stopniu niż dzisiaj. Wspomniałem o biegających. Zobaczcie, ile osób jeździ na rowerach. I to się stało wbrew piosence Wojciecha Młynarskiego, który napisał, że jak ktoś nie rozróżnia Norwida od Miłosza, czy Szymborskiej od Konopnickiej, to widać na twarzy, a recepta na buzię nieskalaną intelektem jest prosta: myślenie i czytanie przez trzy pokolenia. Wydaje mi się, że tę świadomość możemy dzisiaj budować krócej, więc wysiłek kierowałbym na uświadamianie w dużych mediach. Dziękuję.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Dziękuję bardzo.

Jeszcze poproszę panią doktor.

## **Dr n. med. Justyna GrudziąŜ-Sękowska**

Proszę państwa, ja proponuję skupić się na koordynacji, bieżącym monitorowaniu podejmowanych działań oraz wsparciu jednostek samorządu terytorialnego. Ponieważ chcemy tworzyć zdrowe społeczeństwo, a o zdrowie ludzi należy zabiegać w ich społecznościach lokalnych, powinniśmy stawiać na samorządy. Musimy im pomóc w konsolidacji nie tylko idei, ale i finansów, by były w stanie tworzyć i realizować skuteczne programy zdrowotne.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Dziękuję. Proszę państwa, czułabym się niekomfortowo, gdybyśmy nie mogli wypowiedzieć się na tematy związane z szansami i zagrożeniami, także z prośbą o wyrażenie waszych życzeń do czarodziejskiej różdżki.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos?

## Dr n. hum. Zofia Słońska\*

Chciałam nawiązać do sprawy bardzo istotnej, poruszonej w wystąpieniu pani profesor Cianciary. Chodzi mi o słownik zdrowia publicznego, a właściwie jego brak.

Praca nad każdym słownikiem jest niezwykle trudna i czasochłonna, nie dziwię się więc, że w tak krótkim czasie, jaki mieli do dyspozycji autorzy Narodowego Programu Zdrowia i ustawy o zdrowiu publicznym, nie zajęli się jego tworzeniem. Do realizacji tego zadania trzeba jednak powrócić. Słownik zdrowia publicznego to baza do poprawnej komunikacji środowisk reprezentujących różne dziedziny nauki i praktyki, a jednocześnie działających na rzecz zdrowia publicznego z założenia międzysektorowego i interdyscyplinarnego. Uważam, opierając się między innymi na wynikach prowadzonych przeze mnie analiz procesu instytucjonalizacji zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia, że częstym źródłem niepowodzeń w rozwoju tych obszarów jest brak jednoznacznej terminologii. Między innymi w prawodawstwie pojawiają się te same pojęcia różnie rozumiane, a w działaniach praktycznych wykorzystuje się sztyldy np. promocji zdrowia do wdrażania programów medycznych.

Ci z państwa, którzy długo pracują w zdrowiu publicznym, wiedzą doskonale, że samo środowisko zdrowia publicznego jest podzielone w kwestiach zasadniczych dotyczących sposobów rozwiązywania problemów zdrowotnych. U źródeł tego podziału leży nierzadko rozbieżność interpretacji tych samych pojęć.

Uporządkowanie obowiązującej terminologii pozwoli na uporządkowanie praktycznych działań. Na przykład upowszechnienie właściwego rozumienia promocji zdrowia i jej rangi wesprzeć może wprowadzenie w życie szeroko pojętych działań środowiskowych, w tym społecznych, społeczno-kulturowych i społeczno-ekonomicznych, niezbędnych do redukcji silnie zaznaczonych w Polsce społecznych nierówności w zdrowiu.

Stworzenie słownika zdrowia publicznego, obejmującego także terminologię z zakresu promocji zdrowia i wykorzystanie jego zapisów, jest koniecznością, m.in. w procesach legislacyjnych. To konkret do zrobienia. Uważam, że pracownicy naukowcy i praktycy działający w obszarze zdrowia publicznego, a także prawnicy powinni zająć się tą kwestią. I o to gorąco proszę.

---

\* Dr n. hum. Zofia Słońska – Instytut Kardiologii w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Serdeczne dzięki.

## **Dr Paweł Goryński\***

Chciałem przypomnieć, że w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego przy okazji realizacji Narodowego Programu Zdrowia 1996–2005 istniało biuro do spraw monitorowania NPZ i wtedy rozumieliśmy monitorowanie dwutorowo: z jednej strony monitorowaliśmy oczekiwane efekty realizacji Narodowego Programu Zdrowia na podstawie targetów, wskaźników, które wtedy były określone, a z drugiej strony monitorowaliśmy też, z pomocą samorządów terytorialnych, realizację określonych celów zawartych w harmonogramie. To jedna sprawa.

Patrząc na poprzednie wersje NPZ, chciałem zwrócić uwagę na podstawowy mankament, żebyśmy go tym razem uniknęli – to ogromna liczba różnego rodzaju akcji, bardzo pozytywnych. Myślę o aktywności fizycznej, różnych działaniach antyalkoholowych, antytytoniowych, a program był przecież w ramach programu antynowotworowego... antytytoniowy był w to włączony. Te akcje odbywały się w mediach, bez nagłaśniania, że to jest w ramach Narodowego Programu Zdrowia – a było to zapisane. Żadne logo, żadne hasło nigdzie się nie pojawiało. Wszyscy, którzy byli organizatorami tych akcji i programów, nigdy nie użyli hasła Narodowego Programu Zdrowia. Chciałbym, żeby w aktualnym NPZ, który teraz realizujemy, media były uruchomione pod tym kątem, żeby pojawiało się odpowiednie logo – nawet na przystankach tramwajowych – które by zauważyli obywatele. To według mnie najistotniejsze. Poprzednie wersje programu nie osiągnęły sukcesu w tej sprawie. Warto nagłaśnić hasła w mediach.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Dziękuję.

To ważna uwaga. Trzeba jednak pamiętać, że tak zwane kampanie medialne, które często prowadzimy w zdrowiu publicznym, jakkolwiek mają szeroki zasięg

---

\* Dr Paweł Goryński – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

oddziaływania, to są jedną z metod najtrudniejszych do ewaluacji. To znaczy, ocena efektów jest wyjątkowo trudna i zawsze obciążona ryzykiem błędu.

Jeszcze chciał się wypowiedzieć pan doktor Janusz Kocik, więc gorąco zapraszam. Oczywiście dalej namawiam państwa do zabierania głosu.

### **Dr hab. n. med. Janusz Kocik\***

Wiek jest najpotężniejszym czynnikiem ryzyka dla chorób sercowo-naczyniowych i nowotworowych. Jednakże, m.in. wraz z postępem profilaktyki, ale także naprawczych technik kardiologii zabiegowej i ich większej dostępności, umieralność z powodu chorób nowotworowych już zaczyna dominować w starszych grupach wiekowych w krajach rozwiniętych. W krajach rozwiniętych powyżej 60% nowotworów występuje w grupach wiekowych 65+. Pacjenci ci mają 11-krotnie wyższe ryzyko zachorowania na raka niż młodszy. Rak jest główną przyczyną zgonu u obu płci w grupach wiekowych 60–79 lat. Ocenia się, że do 2030 r. będzie wykrywano 70% wszystkich zachorowań na nowotwory u pacjentów w grupie 65+.

Grupa wiekowa 80+ jest najszybciej rosnącym segmentem populacji na całym świecie. W USA grupa 85+ stanowiła w 2010 r. wprawdzie jedynie 1,6% populacji, ale wzrosła o 30% między 2000 a 2010 r. W tej grupie w USA diagnozuje się 8% wszystkich nowotworów i występuje w niej 15% zgonów z tej przyczyny.

W Polsce jest coraz więcej osób w wieku co najmniej 60 lat w ogólnej populacji. Ich udział wzrósł o 7,5% w latach 1989–2014, (od 15 do 22%). Nadal najliczniejszą grupę (prawie 1/3) stanowią osoby 60-, 64-letnie, w tej grupie obserwujemy również szczyt zapadalności na nowotwory. Jednak najwyższy przyrost udziału w populacji dotyczy osób w wieku co najmniej 80 lat (od 2 do 4%). Choć ich liczba w Polsce jest niewielka, to jednak podwoiła się (od 0,75 do 1,5 mln). W ciągu trzech dekad 1990–2020 (dane do 2014 r.) rośnie udział zgonów osób grupy 60+, przez wzrost ich liczby, ale także dzięki mniejszej umieralności osób młodszych. Jest to obecnie 82% (w 1990 r. – 74%). Świadczy to o poprawie stanu zdrowia ludności. Ze starzeniem się najbardziej związane są choroby układu krążenia. W ostatnim ćwierćwieczu u osób w wieku 60 lat i więcej nastąpił spadek udziału zgonów kardiologicznych, natomiast od ponad 20 lat obserwujemy wśród osób starszych wzrost udziału – o ponad 7% – zgonów spowodowanych nowotworami. Obecnie co drugi przypadek nowotworów złośliwych wykrywany jest u osób w wieku co najmniej 65 lat, o blisko połowę (48%) więcej niż w 2000 r.

---

\* Dr hab. n. med. Janusz Kocik – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Obserwujemy okres dynamicznego wzrostu przeciętnego trwania życia, ale prosta ekstrapolacja działań podjętych w odpowiedzi na to zjawisko przez kraje Skandynawii i Europy Zachodniej może być zwodnicza. W Polsce dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 65 lat jest prawie o 4 lata krótsze niż ich rówieśników we Francji czy Szwajcarii. Ważnym elementem oceny z perspektywy onkologa jest kondycja pacjenta w danym wieku. Nasilenie chorób współistniejących i zmniejszone rezerwy życiowe ograniczają możliwości leczenia nowotworu przy użyciu agresywnych metod.

Dane Eurostatu cytowane przez GUS wskazują, że Polska pozostaje obecnie poniżej średniej unijnej, nie tylko w kwestii dalszej długości trwania życia, ale także pod względem perspektywy życia w zdrowiu. Może to być miernikiem możliwości przeprowadzenia optymalnego leczenia onkologicznego.

Udział osób starszych w populacji mieszkańców Polski zwiększy się o 5,6 mln (blisko o 20%) do 2050 r. Co najważniejsze, poważny wzrost liczby osób starszych wystąpi już w najbliższych latach, gdy w starszy wiek wkroczą dzieci *baby boomu* z lat 50. i 60. (Ludność w wieku 60 lat i więcej).

Tradycyjne wskaźniki skumulowanej zapadalności nieco błędnie szacują prawdziwe ryzyko poszczególnych przyczyn zgonu w przypadku, gdy konkurują one między sobą w starszych grupach wiekowych. Niemniej, ryzyko obu głównych kilerów, chorób sercowo-naczyniowych i nowotworowych, rośnie współbieżnie i liniowo między 40 a 80 rokiem życia.

W opracowaniach krajowych zwraca się uwagę na bezsprzeczny fakt obciążenia największą zachorowalnością na nowotwory młodszej grupy wiekowej seniorów między 60 a 65 rokiem życia. Dzieje się tak, ponieważ grupa ta jest najliczniejsza. Do tej grupy adresowana jest aktualna oferta badań przesiewowych raka piersi i jelita grubego. Widać spowolnienie wzrostu liniowego surowego wskaźnika zachorowalności zależnej od wieku w przypadku chorób nowotworowych w najstarszych grupach wiekowych. Zapadalność w tych grupach wiekowych będzie rosła wraz z przewidywanym wzrostem ich liczebności.

Łatwo dostępne raporty epidemiologiczne Krajowego Rejestru Nowotworów, opierające się na liczbach bezwzględnych lub wskaźnikach surowych, pokazują nieliniarny przyrost zachorowań na raka prostaty w grupie między 70 a 79 rokiem życia lub wręcz spadek, w przypadku raka piersi, współczynników standaryzowanych w stosunku do populacji ogólnej.

Nie ma podstaw jednak, by sądzić, że w starszym wieku spada ryzyko zachorowań. W rzeczywistości, śledząc wskaźnik standaryzowany wobec liczebności populacji w poszczególnych grupach wiekowych, odnotowujemy ciągły wzrost ryzyka zachorowań. Nowotwory przestają być też wykrywane we wczesnej fazie w programach przesiewowych w późniejszym wieku, co powoduje pozorny

spadek zachorowań. Nie jest on widoczny w przypadku dobrze raportowanych nowotworów, dla których nie prowadzi się badań przesiewowych.

W starszych grupach wiekowych część nowotworów jest indolentna, mają długotrwały przebieg subkliniczny i w efekcie mogą nie być przyczyną śmierci pacjenta. To jest prawda w przypadku raka prostaty czy raka piersi, ale np. nie w przypadku ostrej białaczki szpikowej – ta przebiega agresywniej u chorych w starszym wieku. Jednak oprócz chłoniaków i nowotworów układu moczowego faktyczna zachorowalność koreluje z wiekiem do 100. roku życia. Nowotwory układu pokarmowego i o nieznanym punkcie wyjścia zaczynają dominować w wieku starszym. W dużej części przyczyną takich trendów jest niedoraportowanie zachorowań w wieku starszym – spada wykrywanie związane z prowadzeniem programów przesiewowych i samozgłaszaniem. Niższe wskaźniki skumulowane zapadalności na nowotwory w najstarszych grupach wiekowych odzwierciedlają raczej ograniczenia wykrywalności niż zmniejszone ryzyko zgonu na nowotwór w starszych grupach wiekowych.

Zasadniczą pierwszą miarą skuteczności działań ogólnopopulacyjnych względem wysoko śmiertelnej choroby powinno być zmniejszenie umieralności. Ten kluczowy dla zdrowia publicznego wskaźnik wiąże się ze skutecznymi metodami profilaktyki pierwotnej i wtórnej – z wprowadzeniem do powszechnego użytku skutecznych metod wykrywania chorób we wczesnej fazie, gdy istnieje możliwość wyleczenia. Przykładem skuteczności profilaktyki pierwotnej jest trend spadkowy, obserwowany w umieralności mężczyzn z powodu raka płuc, spowodowany ograniczeniem palenia po skutecznych kampaniach społecznych. Odwrotny trend (zwyżkowy) u kobiet to pokłosie masowej mody na palenie w rocznikach 1950–60 ubiegłego wieku, która nastąpiła z opóźnieniem.

Zauważalne są zmiany we wzorze umieralności w tych podgrupach wiekowych. Wydaje się, że w dwóch ostatnich dekadach mamy do czynienia z efektem kohortowego przesunięcia umieralności w kierunku starszych grup wiekowych populacji mężczyzn, eksponowanych masowo na dym papierosowy na przestrzeni długiego czasu.

W przypadku gdy choroba nowotworowa nie jest zależna od masowej ekspozycji środowiskowej (jak mody na palenie papierosów w XX w.) nie obserwuje się zjawiska kohortowego przesunięcia zachorowań i zgonów w czasie, związanego ze starzeniem się kohorty. Skuteczne metody profilaktyki wtórnej powinny prowadzić do spadku umieralności we wszystkich grupach wiekowych, szczególnie jeśli wdrożono skuteczne programy badań przesiewowych. Alternatywnie, w przypadku nowotworów niewyleczalnych, mniej agresywnych, wykrywanych we wczesnej fazie, miarą skuteczności programów profilaktyki



wtórnej opartych na badaniach przesiewowych może być obserwowane przesunięcie umieralności w stronę starszych grup wiekowych.

Z programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi korzysta coraz więcej respondentek. Przyczynia się to do wykrycia coraz większej liczby raków wczesnych, przy ograniczeniu fałszywie pozytywnych podejrzeń.

Wydaje się, że programy badań przesiewowych nie przyniosły oczywistej redukcji wskaźników zgonów w młodszych grupach wiekowych w ostatnich dekadach, mimo rosnącej grupy kobiet z nich korzystających (standaryzacja w stosunku do populacji ogólnej).

Jednak przesunięcie zgonów w kierunku starszych grup wiekowych jest widoczne w liczbach bezwzględnych. Składają się nań, w przypuszczalnej kolejności istotności: wzrost bezwzględnej liczby pacjentek w starszych grupach wiekowych; wykrywanie raka we wczesnej fazie, kiedy jest możliwe radykalne wyleczenie, oraz coraz większa skuteczność metod leczniczych, zwiększająca przeżycie w zaawansowanych fazach nowotworów.

Biorąc pod uwagę wysoką i rosnącą zapadalność w starszych grupach wiekowych i rosnącą liczebność tej populacji, należy podjąć dyskusję nad włączeniem starszych grup wiekowych do programów badań przesiewowych.

Wydaje się, że badania przesiewowe u pacjentów starszych są potrzebne. Niemniej jednak przedłużanie okresów wprowadzonych dla młodszych grup wiekowych trzeba zmierzyć z negatywnymi skutkami zdrowotnymi skринingu niedającego korzyści klinicznej i kosztów ich prowadzenia. Fałszywie pozytywny wynik testu przesiewowego otwiera drogę do często wielu niepotrzebnych inwazyjnych badań weryfikacyjnych. Ryzyko zagrażających życiu powikłań tych badań jest z pewnością większe u osób starszych.

Tam, gdzie spodziewana korzyść jest niska, należy ściśle definiować grupy wysokiego ryzyka. Niestety, ważkość tego stwierdzenia, oczywista dla młodszych grup wiekowych, jest osłabiana u starszych faktem, że ryzyko związane z wiekiem może przeważać nad korzystnymi czynnikami ryzyka (jak np. brak silnych prognostyków genetycznych). Tym bardziej wiek metrykalny nie może być arbitralną podstawą decyzji o zaprzestaniu wykonywania badań o charakterze przesiewowym u pacjentów z grup podwyższonego ryzyka.

W grupach przeciętnego ryzyka należy indywidualizować decyzje. Podstawą indywidualizacji powinna być dobrze skwantyfikowana (w miarę dostępnych danych) ocena ryzyka śmierci z powodu chorób współistniejących, w tym głównie sercowo-naczyniowych. Pod uwagę należy wziąć ryzyko związane z zagrożeniem zastoinową niewydolnością serca, obturacyjną chorobą płuc, schyłkową niewydolnością nerek. Przy współistnieniu wielu czynników ryzyka

śmierci decyzja powinna się zasadzać na przewidywanej długości życia, wynikającej z oceny geriatrycznej i czynników ryzyka leżących u jej podstawy. Za przykład należy podać ryzyko wiążące się z zespołami geriatrycznymi, demencją i polipragmazją.

Należy dać możliwość finansowania kontynuacji badań przesiewowych z funduszków przeznaczonych na ten cel u pacjentów geriatrycznych, których indywidualna ocena przewagi korzyści and ryzykiem wskazuje na sens takiego działania. Ocena gerontoonkologiczna i decyzje podjęte na jej podstawie powinny być częścią programu.

Istnieją wytyczne zalecające, w jakim wieku należy rozpocząć badania przesiewowe, natomiast nie ma jasnych wskazówek odnośnie wskazań do zaprzestania ich kontynuowania. Obecnie w kraju program badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy skierowany jest do kobiet w wieku 25–59 lat, które w ciągu ostatnich trzech lat nie miały wykonywanego badania cytologicznego w ramach ubezpieczenia NFZ. American Academy of Family Physicians sugeruje powstrzymanie się od cytologii szyjki macicy drogą wymazów Papanicolau po całkowitej histerektomii z powodu łagodnych rozrostów. W pozostałych przypadkach wg AFP rozmazy można przerwać u kobiet w wieku 65 lat, pod warunkiem że ich ostatnie cytologie były normalne. Zalecenia oparte są na konsensusie o dowodowości w kategorii A (htt1). W takich przypadkach nikt nie jest ryzyko rozrostów o wysokim stopniu złośliwości (<0,1%). Onkolodzy geriatryczni sugerują zaprzestanie skринingu u pacjentki w wieku 70 lat, jeśli nie jest aktywna seksualnie i poprzednie badania były prawidłowe.

W Polsce zapadalność na raka szyjki macicy jest wciąż żenująco wysoka. Związane jest to z niską partycypacją w programie przesiewowym. Mimo że szczyt zachorowalności odnotowuje się w młodszych grupach wiekowych, umiarkalność dominuje w grupach starszych. Ponadto widoczny jest trend przesunięcia szczytu zapadalności w kierunku starszych grup wiekowych. Ta postępująca kumulacja nakazuje rozważyć rozszerzenie programów krajowych, z włączeniem indywidualnych decyzji w przypadkach wskazanych, m.in. u kobiety powyżej 65. roku życia, która nigdy nie miała badania lub w długim okresie należy uwzględnić jego wykonanie w ramach programu badań przesiewowych.

Z drugiej strony, gdy dostęp do badań jest nielimitowany, może dochodzić do nieuzasadnionego nadużycia. Dane z badania w Kalifornii sugerują, że zaprzestanie badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy nie jest proste. W ankiecie dotyczącej wywiadu zdrowotnego ponad 4500 kobiet w wieku powyżej 70 lat odsetki poddawanych badaniom przesiewowym nie różniły się znacznie między najzdrowszą populacją (tj. z najdłuższą oczekiwaną długością

życia) a najmniej zdrowymi, niezależnie od wieku. Ponad 50% kobiet w wieku 80 lat zgłaszało, że zostały u nich utrzymane rozmazy Papanicolaou.

W Polsce badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet w wieku od 50 do 69 lat wykonuje się w interwale raz na dwa lata, finansowane są przez NFZ. Badania odnoszące się do użyteczności badań przesiewowych mają niepełną wartość w stosunku do pacjentek starszych (dowodowość kategorii B). Badania te są retrospektywne i mają typowe dla siebie ograniczenia. Amerykańskie Towarzystwo Geriatryczne (AGS) zaleca czteroletnią przewidywaną długość życia jako wymaganie dla kontynuacji skriningu w kierunku raka piersi. Wynika to z dwóch dynamicznych badań kobiet w wieku od 40 do 74 lat, poddanych mammografii. Pokazują one, że badania przesiewowe zmniejszyły umieralność, chociaż korzystny efekt pojawił się z opóźnieniem cztery do pięciu lat po badaniu przesiewowym. Badanie kliniczno-kontrolne mammografii u kobiet pokazuje zmniejszoną umieralność u kobiet młodszych niż 75 lat, ale brak korzyści względem przeżycia u kobiet starszych niż 75 lat. Jednak jedyne badanie randomizowane u kobiet w wieku od 70 do 74 lat nie potwierdziło spadku ryzyka umieralności.

Sugeruje się, że dla zaprzestania badań przesiewowych raka piersi w przybliżeniu odpowiedni jest wiek 75–80 lat. Bardziej dostosowane do wymagań starzejącej się populacji jest zalecenie zaprzestania badań w momencie, gdy spodziewana długość dalszego życia jest mniejsza niż 10 lat. Odsetek fałszywie pozytywnych mammografii u pacjentek starszych jest bardzo wysoki (50%). Należy mieć na względzie koszty nie tylko samych badań, ale inwazyjnych zabiegów weryfikujących rozpoznanie. Zwiększają one chorobowość starszych pacjentów i są obciążone wysokim stresem związanym z niepewnością postępowania.

Szczegółowe omówienie innych wskazań do badań przesiewowych przekracza ramy tego opracowania. Zaleca się badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego, do momentu gdy spodziewana długość życia pacjenta staje się mniejsza niż 10 lat, jeśli pacjent nie przeszedł tego raka już wcześniej i nie należy do grupy rodzinnego, genetycznie uwarunkowanego ryzyka lub osiągnie wiek 75–80 lat.

Badania przesiewowe w kierunku raka prostaty, o ile były prowadzone u pacjenta, mogą zostać przerwane w wieku około 75 lat lub w zależności od kondycji pacjenta. Powinno się je przerwać, jeśli spodziewana długość życia staje się mniejsza niż 10 lat. Należy pamiętać, że na świecie jest to sztandarowy nowotwór, w którym dochodzi do nadużycia procedur weryfikacyjnych i leczniczych, ze szkodą dla grupy starszych chorych. Prowadzenie nadzoru za pomocą antygenu PSA walczy się do tego przyczynia.

Tworzenie tego typu polityki powinno być zderzone z perspektywą prawdopodobnego wzrostu nie tylko kosztów badań przesiewowych, ale też diagno-

stycznych i leczniczych procedur weryfikacyjnych. Nadmiernie często są one wykonywane w odpowiedzi na fałszywie pozytywne wyniki badań diagnostycznych i przesiewowych. Dotyczy to m.in. prostaty, piersi, tarczycy, trzonu macicy, gdzie często operowane są rozrosty łagodne lub nieistotne klinicznie nowotwory indolentne. Bilans ekonomiczny, z perspektywą korzyści ekonomicznych związanych z prostszym leczeniem wcześniej zidentyfikowanych nowotworów i zwiększoną wyleczalnością, co zapobiega niezwykle wysokim kosztom leczenia nowotworów w fazie zaawansowanej.

System finansowania świadczeń leczniczych w onkologii klinicznej w zakresie leczenia zaawansowanych nowotworów zapewnia przepływ strumieni finansowania drogich terapii do chorych w dobrym stanie wydolności ogólnej. Nie stwarza się bariery ograniczeń wiekowych, jednakże niepewność związana z oceną rokowniczą i ograniczone dowody na korzyść kliniczną u chorych starszych powodują zaniechania w kwalifikacji do leczenia.

Starsi pacjenci są niedoreprezentowani w badaniach klinicznych. W podsumowaniu badań sponsorowanych przez Narodowy Instytut Raka stwierdzono, że udział pacjentów z chorobą nowotworową w badaniach klinicznych z nowymi terapiami przeciwnowotworowymi zależy od wieku. Kwalifikowano 3% chorych w wieku 30–64 lat, podczas gdy jedynie 1,3% w wieku 65–74 lat. Odsetek pacjentek powyżej 75 lat, którym oferuje się udział w badaniach klinicznych, wynosi 0,5% .

Niepewność generowana brakiem standardów odniesienia co do postępowania z dużym prawdopodobieństwem wpływa na przeżycie. Tam, gdzie one istnieją, opracowane zostały na podstawie badań z udziałem młodszych pacjentów. U chorych starszych są rzadziej stosowane. W jednym z badań wykazano, że u kobiet starszych (powyżej 75 lat) wskaźniki śmiertelności z powodu wczesnego raka piersi są gorsze niż u młodszych. W stadium klinicznym I wskaźniki standaryzowane dla kobiet powyżej 90 lat versus 67–79 lat wykazują 2,6 razy wyższe ryzyko śmierci zależnej od raka, a wiek pozostaje najsilniejszym negatywnym predyktorem doboru leczenia.

W jednym z badań mierzono szanse na przeżycie pięcioletnie związane bezpośrednio z rakiem piersi, stwierdzając duże rozbieżności w stosunku do standardów postępowania. Kobiety starsze (powyżej 75 lat) były leczone mniej agresywnie. 2% pozostawało bez leczenia, u 32% zastosowano tylko tamoxifen, u 7% tylko wycięcie oszczędzające guza (*Breast Conserving Therapy* – BCT); u 33% mastektomię; u 14% BCT leczenie uzupełniające.

Stwierdzono, że pięcioletnie przeżycie wyniosło 46% bez leczenia, 51% w grupie, gdzie zastosowano tylko tamoxifen (HR 0,4 95% CI 0,2-0,7), ale już 82% w grupie z mastektomią (HR 0,2 95% CI 0,1-0,7) i 90% w grupie BCT plus

leczenie adjuwantowe (HR 0,1 95% CI 0,03-0,4). Widoczne jest, że utrzymanie standardu leczenia u chorych starszych sprzyja obniżeniu umieralności z powodu nowotworu.

Chemioterapia uzupełniająca raka piersi daje podobne korzyści we wszystkich grupach wiekowych. Dowodem na to niech będą wyniki badania nad ograniczeniem intensywności chemioterapii u starszych chorych. Capecitabine w monoterapii porównano z jednym ze starszych schematów złożonych CMF (cyclophosphamide, methotrexate i 5-FU) u chorych powyżej 65 lat. Przeżycie trzyletnie wolne od nawrotu i całkowite przeżycie były dłuższe w przypadku zastosowania bardziej toksycznego leczenia (CMF) – odpowiednio: 85% versus 65% ( $P < .001$ ) i 91% versus 86% ( $P < .02$ ).

Z istniejących akademickich badań odnośnie leczenia skojarzonego, w tym farmakologicznego, wiemy, że w dużej części wiek metrykalny nie może być jedynym powodem zaniechania terapii. Należy jedynie unikać leczenia pogarszającego jakość życia, a niedającego obiektywnego przedłużenia. Pacjenci starsi są w stanie równie dobrze tolerować leczenie jak młodszy, przy zastosowaniu właściwego leczenia wspomagającego. Obecnie w dużej części badań klinicznych nie wprowadza się bariery wykluczenia wprost w ocenie zdolności do badania dla górnej granicy wiekowej, jednak pacjenci starsi często nie są kwalifikowani do udziału z powodu dużej liczby chorób współistniejących oraz obawy przed niską dyscypliną w trakcie badania klinicznego czy przed nadmierną toksycznością leczenia.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Dziękuję.

Jeszcze pan profesor Sytnik prosił o głos. Bardzo prosimy.

## **Dr hab. Janusz Sytnik-Czterwartyński**

Nawiążę tutaj do pewnego zdania, które powiedziała pani dyrektor. Ważne są dla nas kampanie medialne – zresztą mówił o tym też pan doktor Pinkas. Nie zawsze jest tak, proszę państwa, że racja wygłaszana przez znawców dotrze do publiczności. Tutaj może być pomocna również sama filozofia. Otóż proszę państwa, swego czasu bardzo modna stała się homeopatia. Proponuję, aby państwo otworzyli swoje smartfony i wpisali hasło: magia homeopatyczna. Przekonamy się wtedy, że jest to część tak zwanej magii sympatycznej. Pochodzi z I wieku p.n.e., kiedy sekta hermetyków wierzyła, że Hermes Trismegistos potrójnie ukoronowany wyciągnął z czoła Lucyfera szmaragd, na którym to

szmaragdzie zapisał główne części wiedzy tajemnej polegającej między innymi na tym, że podawanie pewnych eliksirów, nazywanych później przez alchemików eliksirami homeopatycznymi, doprowadzi do tego, że człowiek będzie czuł uległość wobec swojego mistrza i będzie można pozyskiwać rząd dusz.

Nawet w CMKP, kiedy mamy chwilę przerwy, czytamy przetłumaczony przede mnie list alchemika z XVI wieku, Edwarda Talbota, rzekomo krystalomantyka, który potrafił „rodzić” złote jaja. Ten człowiek napisał do kolegów po fachu list mówiący o tym, co należy robić, żeby utrzymać rząd dusz w momencie, kiedy alchemia zaczynała mieć charakter naukowy. Newton też pisał o grzmiącym złocie i wodzie królewskiej, a w rzeczywistości to był pięćdziesięcioprocentowy kwas azotowy. Mieliśmy do czynienia z nauką, alchemicy poczuli się zagrożeni. I Talbot napisał list, że trzeba wszędzie nagłaśniać to, że lekarze nie potrafią leczyć. Żeby wziąć najprostszy przykład i poprzez indukcję mówić, że skoro tutaj nie dali sobie rady, to znaczy, że w ogóle nie dają sobie rady. Wtedy jest miejsce na to – zacytuję – „żeby karmić takich ludzi obrzydliwościami mającymi dopełnić siłę ich organizmu”. Przecież tu jest mowa o suplementach diety! Ta tradycja ma, proszę państwa, 500 lat. Nawet taka daleka wiedza jak filozofia potrafi wspomóc i dostarczyć argumentów, które trafią do prostego człowieka. Dziękuję.

## **Dr hab. m. med. Dorota Cianciara**

Serdecznie państwu dziękuję. Oddaję głos i prowadzenie panu senatorowi.

## **Senator Waldemar Kraska**

Dziękuję, pani profesor.

Fascynujący panel. Dziękuję za przygotowanie, a panu profesorowi za puentę.

Poproszę panią doktor Iwonę Wrześniewską-Wal o referat: „Organizacja i zasoby kadrowe zdrowia publicznego w Polsce”, a potem o poprowadzenie panelu.



# Wystąpienie





## Organizacja i zasoby kadrowe zdrowia publicznego w Polsce

Bardzo dziękuję.

Chciałam państwu przedstawić, jak wyglądają nasze kadry, jakie są zasoby, jaka jest organizacja. Mój wykład nie będzie bardzo długi, będzie składał się z trzech części: pierwsza część będzie dotyczyła niedoboru kadr medycznych, następnie skupimy się na edukacji i na perspektywie rozwoju zawodowego.

Proszę państwa, niedobory kadr medycznych to nie tylko sytuacja w Polsce, ale w całej Unii Europejskiej. Unia to dostrzegła i wydała zieloną księgę w sprawie pracowników ochrony zdrowia. Tam przedstawiono czynniki, które wpływają na tę sytuację. To również są czynniki, które decydują o sytuacji w Polsce, czyli przede wszystkim globalne starzenie się społeczeństwa, ale również, o czym za chwilę powiem, starzenie się personelu medycznego, migracja pracowników medycznych w samej Unii Europejskiej i poza nią oraz oczywiście rozwój nowych technologii.

Nasi lekarze, specjaliści poszukiwani przez pacjentów są, proszę państwa, w wieku 54 lata. Proszę zauważyć, że 61% powyżej 45 lat, 36% – powyżej 55, mamy też grupę powyżej 65. roku życia. (rys. 1) Podobnie sytuacja wygląda u lekarzy dentyistów, którzy mają specjalizację. Proszę zobaczyć, jaki duży jest odsetek lekarzy dentyistów, specjalistów po 66. roku życia. Pielęgniarki są

### Struktura wiekowa kadry medycznej - lekarze

- ▶ Lekarze medycyny - specjalista  
61% lekarzy jest w wieku powyżej 45 lat,  
a 36% powyżej 55 lat i 15% powyżej 65 roku życia  
(średni wiek specjalisty wynosi 54,5 lat)
- ▶ Lekarze dentyści - specjaliści  
62% w wieku 51 lat,  
18% to osoby po 66 roku życia

Źródło: Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentyistów

Rys. 1

\* Dr n. praw., lek. med. Iwona Wrześniewska-Wal – Zakład Ekonomiki Prawa i Zarządzania, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

## Struktura wiekowa kadry medycznej – pielęgniarki i położne

### ► Pielęgniarki

17,24% w wieku 46-50 lat, 16,58% w wieku 51-55;  
14,91% 56-60 lat i 9,72% po 60 r.ż.

(średnia wieku **48,43** lata)

### ► Położne

18,21% w wieku 46-50 lat, 16,39% w wieku 51-55 i  
13,14% 56-60 lat

(średnia wieku **47,21** lat)

*Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych*

Rys. 2

ment, który ma szacować skalę zjawiska, określić kierunki, ale, co dla nas najważniejsze, również jako pacjentów i osób, które kształcą kadry medyczne, zabezpieczenie tych kadr i opracowanie potrzeb dotyczących kształcenia. Takie narzędzie, które miało szacować kwestie migracji, to zaświadczenia – lekarze i pielęgniarki odbierają je w okręgowych radach lekarskich i pielęgniarskich. To są zaświadczenia dotyczące uznania kwalifikacji. Są ważne trzy miesiące, w związku z tym może zaistnieć sytuacja, że dana osoba w ciągu roku weźmie dwa albo trzy takie zaświadczenia. Druga rzecz, jeśli wzięła zaświadczenie to nie oznacza, że od razu wyjechała pracować za granicę, no i trzecia rzecz, w niektórych krajach, w Stanach Zjednoczonych czy Australii, gdzie jest migracja pracowników ochrony zdrowia, te zaświadczenia nie są potrzebne. W związku z tym nie jest to doskonałe narzędzie do monitorowania tego zjawiska. No a skala zjawiska rośnie. Pierwsze badania z lat 2005–2008 mówią o tym, że powyżej 6% wszystkich pracujących lekarzy odebrało takie zaświadczenia. Wśród nich głównie anestezjolodzy i chirurdzy, chirurdzy naczyńiowi, plastyczni, również radiolodzy, ortopedzi i urolodzy.

Jak to wygląda w latach 2011–2015? Generalnie tendencje są rosnące, jeżeli chodzi o lekarzy. Inaczej jest z pielęgniarkami i położnymi. Tutaj jest największy bum, jeżeli chodzi o zaświadczenia. Natomiast w latach 2013–2014 jest tendencja wzrostowa, ale może nie aż tak jak u lekarzy.

W związku z tym zastanowimy się za chwilę w naszym panelu, czy specjalista zdrowia publicznego może przejąć część obowiązków, czy może współpracować z lekarzem, z pielęgniarką, czy to pozwoliłoby nam na opanowanie sytuacji związanej z brakiem lekarzy i pielęgniarek. Trzeba od razu powiedzieć, jak jest wykształcony nasz specjalista ze zdrowia publicznego. Mówię „specjalista

trochę młodsze, ale niewiele – średnio mają 48 lat. Duża grupa jest w wieku 46–50, podobnie 51–55 lat. Położne są trochę młodsze – 47 lat. Ale ponad 13% położnych to panie w wieku 56–60 lat. (rys.2)

Drugi czynnik, na który wskazała „zielona księga”, to kwestia migracji pracowników ochrony zdrowia. Ministerstwo Zdrowia zaproponowało taki doku-

ze zdrowia publicznego”, bo takim terminem posługuje się ustawa. Ustawa, jak wiemy, nie ma słownika, czyli specjalisty ze zdrowia publicznego również nam nie definiuje, ale wiemy, że będzie szansa, by te pojęcia doprecyzować. My, prawnicy, lubimy, jak definicje są w ustawach, a że różnie je interpretujemy, to zupełnie inna sprawa.

Proszę państwa, specjalizacja ze zdrowia publicznego to specjalizacja znana od 1846 r., pierwszy raz pojawiła się w Anglii, kiedy ustawa sanitarna wprowadziła lekarza zdrowia. I później taki lekarz był w całej Wielkiej Brytanii. Również szkoły zdrowia publicznego powstawały na początku XX wieku. Warto podkreślić, że historycznie zdrowie publiczne jest jednak związane z lekarzem. Dopiero w 1990 r. po raz pierwszy inne osoby dopuszczono do edukacji w zdrowiu publicznym.

Obecnie mamy w Polsce system kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego. W systemie kształcenia przeddyplomowego istnieją uczelnie publiczne, gdzie specjalizacja ze zdrowia publicznego jest w ramach licencjatu i magisterium, no i uczelnie niepubliczne. Jest wiele przedmiotów, kształcenie odbywa się interdyscyplinarnie. Osoba, która ukończyła kierunek zdrowie publiczne, ma wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki, promocji, może pełnić funkcje kierownicze w różnych podmiotach leczniczych, ale również na szczeblach administracji rządowej i samorządowej, może brać udział w planowaniu i realizacji polityki zdrowotnej.

W przypadku kształcenia podyplomowego kierunek zdrowie publiczne został uruchomiony dla lekarzy w 1999 r., a obecnie oprócz lekarzy i lekarzy dentyków zdrowie publiczne mogą studiować również farmaceuci, diagnosty laboratoryjni, a w 2002 r. taka ścieżka otworzyła się dla osób, które mają wyższe wykształcenie pomocne w ochronie zdrowia. Mówimy tutaj o osobach, które skończyły biologię, chemię, ale również zarządzanie i prawo.

W przypadku naszych specjalistów lekarzy ze zdrowia publicznego pierwsze badania, dotyczące potencjału tych lekarzy, prowadziła pani profesor Cianciara z zespołem. 64 lekarzy zdało egzamin ze zdrowia publicznego w latach 2004–2009. Proszę zauważyć, w tym samym czasie 752 osoby z chorób wewnętrznych. Te osoby, które skończyły zdrowie publiczne, miały już wcześniejsze doświadczenie, czyli wcześniejszą specjalizację. W 70% to były osoby, które miały specjalizację kliniczną, choroby wewnętrzne albo chirurgia ogólna.

Zajrzałam do rejestru lekarzy dostępnego w CMKP i zrobiłam takie zestawienie, wzorując się na pani profesor, za lata 2011–2016. Okazało się, że w tym czasie egzamin zdało 50 lekarzy ze zdrowia publicznego, z chorób wewnętrznych w tym samym czasie 2500. 44% miało już specjalizację i 12% z tego miało specjalizację związaną z medycyną kliniczną. Obecnie, proszę państwa, kształ-

cimy lekarzy w zdrowiu publicznym starym trybem, mamy 41 specjalizantów. Na tle wszystkich lekarzy, czyli 130 tysięcy, posiadających prawo wykonywania zawodu, i 35 tysięcy lekarzy dentyków, mamy tylko 1340 specjalistów zdrowia publicznego, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu i wykonują go na terenie całej Polski.

Jeżeli chodzi o wiedzę i umiejętności, to są osoby kształcone do działań związanych z promocją zdrowia, z pełnieniem funkcji kierowniczych, kształcenie przebiega interdyscyplinarnie. Zatem kompetencje specjalisty ze zdrowia publicznego, czy to magistra zdrowia publicznego czy lekarza, nie podlegają dyskusji, to są osoby naprawdę bardzo dobrze wykształcone. Tak jak mówiliśmy na poprzedniej sesji, zadań jest wiele. Chodzi o to, żeby ten potencjał wykorzystać w zdrowiu publicznym i do realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

Zanim przejdziemy do dyskusji na ten temat, chciałam powiedzieć parę zdań na temat perspektywy zatrudnienia. Pan profesor Wojtczak wspominał o tym, że absolwentów spotkamy w Biedronce i w innych supermarketach. Rzeczywiście tak jest. Podam tylko trzy badania, wskazują na złą tendencję. Najpierw badania ankietowe pana profesora Samolińskiego, który badał losy absolwentów zdrowia publicznego po pięciu latach od skończenia studiów. Z tych badań wynika, że 50% nie pracuje w swoim zawodzie, 69% poszukuje nowej pracy, a tylko 11% jest zadowolonych z obecnej pracy. Również pani profesor Cianciara robiła takie badania, z tym że badała zgłoszenia do urzędów pracy w latach 2006–2008. Tamto badanie było troszeczkę szersze, objęło nie tylko specjalistów ze zdrowia publicznego, ale też dziedziny pokrewne. Okazało się, że w każdym półroczu dla takich osób pojawiają się 32 oferty, głównie w zdrowiu publicznym. I jeszcze niepokojące badania Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z 2013 r. Uniwersytet Medyczny kształci specjalistów w zdrowiu publicznym. To badanie było szersze, przeprowadzone w całym rejonie lubelskim, gdzie są jeszcze trzy szkoły zawodowe, które również kształcą magistrów w zdrowiu publicznym i licencjatów. Badano około 200 osób. Czasami ten kierunek był zamknięty, natomiast na Uniwersytecie Lubelskim w jednym roku kończyło go 120 osób, a w innym 20–30. 80% absolwentów jest gotowych zmienić miejsce zamieszkania, żeby się zatrudnić, 46% licencjatów i 52% po studiach magisterskich jest gotowych wyjechać za granicę. Niestety tutaj też jest bardzo duży odsetek (81% – licencjaci i 95% – magistry) gotowych na zmianę zawodu. Cieszy mnie, że jednak aż 90% licencjatów i 70% magistrów chce dalej się edukować, szkolić w zdrowiu publicznym. Myślę, że to jest dla nas szansa, którą trzeba wykorzystać.

Zasadniczym celem naszego spotkania jest zastanowienie się nad problemem planowania kadr medycznych. Chodzi mi oczywiście o kształcenie przeddy-

plomowe i podyplomowe. Tym zagadnieniem zajmiemy się w naszym panelu. Zapraszam państwa do dyskusji.

Chciałam zwrócić uwagę, że w Narodowym Programie Zdrowia są pewne cele operacyjne. Aby realizacja programu się udała, potrzebne jest aktywne, świadome społeczeństwo. Proszę panią Zofię Słońską o wypowiedź na ten temat.



## Dyskusja panelowa

Czy mamy wystarczający potencjał,  
aby osiągnąć sukces  
Narodowego Programu Zdrowia  
2016–2020?





## Dr n. hum. Zofia Słońska

W ramach tej wypowiedzi chciałam się skupić na zagadnieniu gotowości całego społeczeństwa, a w nim różnych grup społecznych, do współpracy w zakresie leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia. Szczególnie istotnym problemem jest tu niski poziom kompetencji zdrowotnych znaczącej części naszego społeczeństwa, a także kwestia konsekwencji, jakie może mieć ten fakt dla osiągnięcia celów Narodowego Programu Zdrowia.

Angielskim odpowiednikiem pojęcia kompetencji zdrowotnych jest pojęcie *health literacy*. Pojęcie to od momentu powstania po dzień dzisiejszy przechodzi ewolucję od ujęcia klinicznego poprzez ujęcie zorientowane na zdrowie publiczne do ujęcia zintegrowanego. Zgodnie z intencją jednej ze znaczących współczesnych definicji *health literacy* możemy powiedzieć, że osoby o niskim poziomie kompetencji zdrowotnych to takie, które mają zbyt niski poziom wiedzy, zbyt niski poziom umiejętności i motywacji prozdrowotnych, by świadomie i aktywnie uczestniczyć w leczeniu, w profilaktyce i w promocji zdrowia. W Polsce zaliczyć można do tej kategorii co drugą osobę dorosłą. Uzasadnieniem dla tej tezy są wyniki *European Health Literacy Survey* (EHLS-EU) przeprowadzonego w ośmiu krajach europejskich, w tym w Polsce, w 2011 r.

Jak wynika z wielu badań, niski poziom kompetencji zdrowotnych jest związany z wieloma czynnikami niekorzystnymi dla zdrowia. Osoby, które mają niski poziom kompetencji zdrowotnych, mają niski poziom wiedzy na temat własnych problemów zdrowotnych, nie pamiętają, na czym polega ich terapia, niewłaściwie stosują się do zalecanej terapii, popełniają błędy w ramach samoopieki, cechują się gorszym zdrowiem fizycznym i psychicznym, częstszą hospitalizacją, jak również wyższym poziomem umieralności, w tym przedwczesnej. Wagę tego problemu podnosi fakt, że niski poziom kompetencji zdrowotnych jest znacznie częściej związany z populacją osób starszych. Z racji dynamicznego procesu starzenia się polskiej populacji, niepokoi tego rodzaju zależność. Ponad 60% osób w wieku powyżej 65 lat cechuje niski poziom kom-

petencji zdrowotnych, a tylko 12% z tej kategorii wiekowej ma kompetencje w stopniu doskonałym. W przypadku osób młodszych, między 15 a 50 rokiem życia, odpowiednio odsetki te wynoszą około 40% i 22%.

Niski poziom kompetencji zdrowotnych wpływa na komunikację z lekarzem przede wszystkim starszym wiekiem pacjentów. W Polsce wśród seniorów powyżej 65 lat jest około 20% osób zgłaszających trudności w rozumieniu tego, co mówi lekarz.

Niski poziom kompetencji zdrowotnych pozostaje w związku ze zjawiskiem nierówności społecznych i jest zdecydowanie częściej związany z osobami o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.

W polskiej populacji, w kategorii powyżej 65 lat, przypada około 14% osób, w przypadku których współwystępuje szereg czynników społecznych i zdrowotnych stanowiących zagrożenie dla zdrowia, takich jak niski status społeczno-ekonomiczny, chorowanie jednocześnie na wiele chorób, niski dochód oraz niski poziom kompetencji zdrowotnych. Synergiczny wpływ tych czynników zagraża nie tylko dobremu funkcjonowaniu w sferze zdrowia, ale także dobremu funkcjonowaniu społecznemu.

Z racji tego, że niski poziom kompetencji zdrowotnych ogranicza możliwość efektywnego funkcjonowania ludzi w sferze leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia, a także w życiu społecznym, może być uznany za potencjalną barierę realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia.

Co więc należy zrobić, aby podnieść poziom kompetencji zdrowotnych i tym samym zwiększyć szanse zdrowotne Polaków? W obszarze zdrowia publicznego najważniejszym zadaniem wydaje się dalszy rozwój współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia. W obszarze opieki zdrowotnej natomiast najpilniejsza wydaje się zmiana relacji lekarz-pacjent z modelu nieco archaicznego, patriarchalnego, utrudniającego komunikację, na model partnerski. Wprowadzenie w życie modelu partnerskiego w relacji lekarz-pacjent wymaga edukacji w zakresie efektywnej komunikacji zarówno lekarzy, jak i pacjentów.

Innym ważnym działaniem na rzecz podniesienia kompetencji zdrowotnych jest tworzenie w placówkach opieki zdrowotnej interdyscyplinarnych zespołów, mających w swoim składzie profesjonalistów nieklinicznych zajmujących się poradnictwem z zakresu radzenia sobie w codziennym życiu z behawioralnymi czynnikami ryzyka (niewłaściwe odżywianie, nieradzenie sobie z emocjami itp.), wspierających pacjentów, a tym samym odciążających lekarzy.

Uczymy lekarzy przede wszystkim umiejętności dostrzegania różnorodnych potrzeb pacjenta, zdrowotnych, edukacyjnych, psychologicznych czy wreszcie związanych z radzeniem sobie w codziennym życiu z behawioralnymi czynnikami ryzyka. Zaspokajanie tych potrzeb z myślą o zwiększeniu szans

zdrowotnych pacjentów należy jednak oddać specjalistom wywodzącym się z dyscyplin nieklinicznych, np. psychologom, dietetykom, psychoterapeutom czy pracownikom pomocy społecznej.

Lekarz pierwszego kontaktu ma do dyspozycji średnio około 15 minut na jednego pacjenta. Jeżeli weźmiemy pod uwagę wymogi czasowe dotyczące skutecznej zmiany zachowań antyzdrowotnych na zdrowotne, można przyjąć, że jedyne działanie w tym zakresie, na które może pozwolić sobie lekarz, to minimalna interwencja, choć w odniesieniu do pewnych osób bywa skuteczna, ze względu na swoją specyfikę, ma ograniczone możliwości wpływu. Nie znam wyników badań na temat cech społecznych pacjentów pozytywnie odpowiadających na minimalną interwencję.

Analiza przedwcześnie umieralności w Polsce sugeruje jednak, że beneficjentami wszelkich „możliwości” pojawiających się w systemie zdrowia, prawdopodobnie także minimalnych interwencji, jak również możliwości pojawiających się w życiu społecznym, są osoby o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym, wysokim poziomie wykształcenia, wysokim poziomie kompetencji zdrowotnych oraz wysokim kapitale społecznym. W przypadku tych osób ryzyko przedwczesnego zgonu może być nawet kilkakrotnie mniejsze niż u osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.

Źródłem pracowników dla zespołów odpowiadających za poradnictwo mogłyby być, po specjalnym sprofilowaniu, absolwenci wydziałów nauk o zdrowiu uniwersytetów medycznych. Jak zwykle w przypadku zmian systemowych są potrzebne dodatkowe pieniądze. Dobrze, gdyby udało się zagwarantować środki, np. we współpracy z NFZ, dla placówek opieki zdrowotnej na pokrycie dodatkowych kosztów 2-3 etatów, co umożliwiłoby powoływanie zespołów poradnictwa związanego z pomaganiem chorym w radzeniu sobie z zagrożeniami zdrowia w życiu codziennym.

Profesor Wojtczak powiedział dzisiaj, że musimy budować zdrowe społeczeństwo także z myślą o ludziach, którzy już weszli w wiek emerytalny, i o tych, co wejdą w wiek starości później. Całkowicie zgadzam się z tą tezą. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w roku 2050 będzie wynosił 66 osób wymagających opieki na 100 osób świadczących tę opiekę. A w tej chwili mamy takich osób 22 na 100. Z różnych powodów maleje potencjał rodziny, głównego opiekuna starych i chorych w naszym społeczeństwie. Żeby osłabić negatywne skutki procesu starzenia się polskiej populacji, już teraz trzeba rozwijać zasoby zdrowia oraz podmiotowość społeczeństwa, tj. samodzielność i umiejętność współpracy na rzecz zdrowia, między innymi poprzez działania na rzecz rozwoju kompetencji zdrowotnych kolejnych generacji.

## **Dr Iwona Wrześniewska-Wal**

Bardzo dziękuję.

Pani doktor wspomniała o osobach starszych, które mają dość niskie kompetencje zdrowotne, natomiast w Narodowym Programie Zdrowia mamy specjalny cel operacyjny numer pięć, który mówi właśnie o promocji zdrowego i aktywnego starzenia się. Jak tutaj można wykorzystać potencjał naszych specjalistów ze zdrowia publicznego? Czy mamy ten potencjał? Może poproszę o wypowiedź dwóch panelistów, pana doktora Pawła Goryńskiego i pana doktora Jacka Putza.

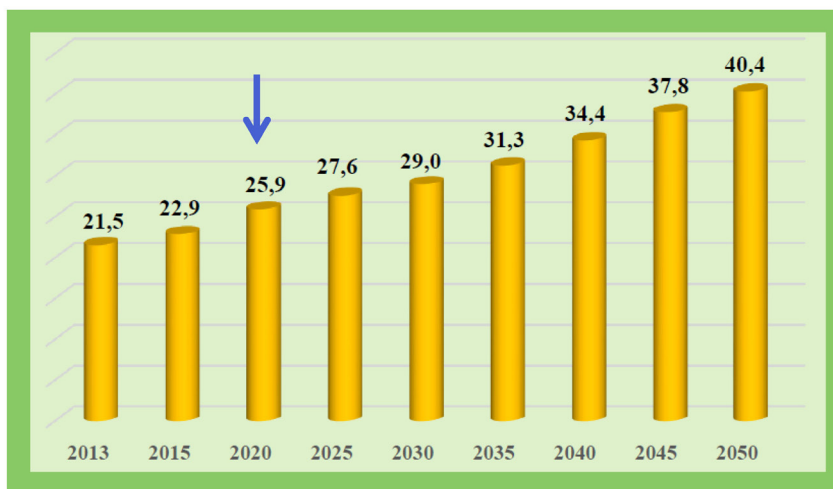
## **Dr Paweł Goryński**

Proszę państwa, chciałbym powiedzieć kilka słów o sprawach dotyczących demografii. Demografia ma swoje nieubłagane prawa, z jednej strony mamy fakt urodzenia, z drugiej – zgonu. Między tymi dwoma punktami zawiera się oś życia i na niej spotykają nas różne zdarzenia zdrowotne. Początkowo mogą być niezdiagnozowane, ale czasem w niektórych badaniach też możemy się dowiedzieć o ich częstości. Później pojawiają się zdarzenia zdiagnozowane, znajdujące się w statystykach zdrowia informacje, w końcu mamy nieprzyjemny fakt inwalidztwa w wyniku tych zdarzeń zdrowotnych, no i zgon. Czy możemy wpłynąć na te dwa fakty? Możemy wydłużyć oś życia. Wszystkie zdarzenia zdrowotne są związane z celami i z realizacją NPZ. Ale obok tych zdarzeń, które mierzymy za pomocą różnych wskaźników, niestety w NPZ nie znalazł się jeden wskaźnik, który coraz częściej jest mierzony: to indeks szczęśliwości. Nawet WHO ostatnio opracowuje kryteria do tego, mierzy się to od wielu lat. W tych badaniach Dania jest na pierwszym miejscu. I ta szczęśliwość niekoniecznie wiąże się z długością życia. Dania, będąc na pierwszym miejscu pod względem szczęśliwości, jest na dziesiątym miejscu pod względem długości życia. Na drugim miejscu jest Szwajcaria, w czołówce długości życia, Japonia, no a my jesteśmy gdzieś na pięćdziesiątym miejscu. Tak więc warto byłoby umieścić w naszym NPZ pomiar jakości życia i w tym szczęśliwości. To mój postulat.

Chciałbym teraz skupić się na celu numer pięć. Mamy 12 milionów złotych z budżetu państwa. Pierwszy raz w NPZ są konkretne środki na to przeznaczone. A jaka jest sytuacja? O demografii już mówiliśmy. Widzimy, że dzisiaj mamy 25% osób powyżej 60 lat, według danych GUS, a prognoza na rok 2050 – 40%. Na 2020 r., czyli na koniec naszego NPZ, będzie 25,9%. (rys. 1)

Teraz parę słów o niepełnosprawności. To fakt, który przy celu piątym, zdrowego starzenia się, jest najistotniejszy. Skąd pozyskać dane na ten temat?

## Udział ludności w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności (w %)



Dane: GUS prognoza ludności



Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
Szkoła Zdrowia Publicznego



Rys. 1

Badanie stanu zdrowia ludności Polski po raz pierwszy prowadzono w 2004 r. (właściwie pierwsze było w 1996 r., ale trochę inną metodą). (rys. 2) Ta pierwsza niebieska linia pokazuje odsetki osób niepełnosprawnych wśród 50-latków, 60-latków i 70-latków. Widzimy, co jest naturalne, że co 10 lat o 10% wzrasta odsetek osób niepełnosprawnych. Ale, co pocieszające, czerwona linia to rok 2009, drugie badanie tą samą metodyką – jest mniejszy odsetek osób niepełnosprawnych w każdej grupie wiekowej. I trzecia linia, trochę inaczej przebiega, procesy inaczej zachodzą, ale widzimy, że w każdej grupie ten odsetek osób niepełnosprawnych zmniejsza się, czyli sytuacja się poprawia. Przypominam, że to jest badanie wchodzące w skład badań Eurostatu EHIS (*European Health Interview Survey*). Mamy porównania z innych krajów, też w Eurostacie, ale widać, że sytuacja, na co może nie wszyscy zwracają uwagę i to nie jest nagłośnione, trochę się poprawia. Jest lepiej, jeśli chodzi o styl życia tych osób. To bardzo pocieszające, również z perspektywy realizacji naszego celu zdrowego starzenia się. To są konkretne dane.

Proszę państwa, w Narodowym Programie Zdrowia mamy szereg działań. Pan minister pracy też nam mówił o działaniach odnośnie polityki senioralnej. Ona może nie jest monitorowana, ale wyniki badania GUS na reprezentatywnej

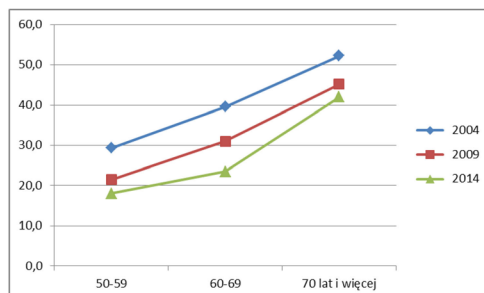
**Liczba niepełnosprawnych w latach 2004, 2009 i 2014 w Polsce wg badania stanu zdrowia ludności GUS**

Rok	50-59	60-69	70 lat i więcej
2004	1 526100	1 214900	1 804400
2009	1 238700	1 077600	1 686300
2014	946300	1111800	1 617600

**Odsetki niepełnosprawnych w latach 2004, 2009 i 2014 w Polsce wg badania stanu zdrowia ludności GUS**

Rok	50-59	60-69	70 lat i więcej
2004	29,3	39,5	52,2
2009	21,4	31,0	45,2
2014	18,0	23,5	42,0

**Odsetki niepełnosprawnych w latach 2004, 2009 i 2014 w Polsce wg badania stanu zdrowia ludności GUS**



Rys. 2

próbie ludności Polski wskazują, że od 2004 r. coś pozytywnego się dzieje, mimo że nie jest to nagłaśniane. Najistotniejsze, żeby minimalizować liczbę osób niepełnosprawnych, i to poniekąd się udaje.

Na tym może zakończyć. Na pewno jest niezbędne, aby od początku realizacji NPZ monitorowano potrzeby i wydatki w aspekcie działań podejmowanych w realizacji tego celu. Przypominam, była mowa o PolSeniorze I, badaniu pierwszym, że będzie z funduszy Narodowego Programu Zdrowia. Będzie badanie PolSenior II i wyniki pokażą nam, co się dzieje, bo między tymi badaniami upłynie trochę czasu. Zobaczmy, czy zachodzą jakieś pozytywne zjawiska, jeśli chodzi o osoby starsze. Dziękuję bardzo.

## Dr n. med. Jacek Putz\*

Szanowni Państwo! Koleżanki i Koledzy! I Wy, przyszłości nasza, czyli młodzieży kształcąca się!

Konferencja jest przebogata, przynajmniej ja odbieram z każdego wystąpienia kolejne impulsy intelektualne i bardzo się cieszę, że są wśród nas osoby na początku kariery w dziedzinie zdrowia publicznego.

\* Dr n. med. Jacek Putz – Zakład Geriatrii i Gerontologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Jeden z panelistów w pierwszej części powiedział ze znużeniem: „Ach, seniorzy! Ach, ludzie starzy!”. Tak, jesteśmy zmęczeni tymi słowami: „starzenie się”, *aging*, „seniorzy”. Czy to dobrze? Myślę, że ci, którzy tak mówią, czerpią wiedzę tylko z mediów. Problem ten znacznie lepiej naświetlają duże badania. Pierwsze takie badanie było opublikowane w 1968 r., wtedy weszliśmy do grupy krajów zajmujących się geriatrią, a szerzej gerontologią. Później było wspaniałe badanie Polska-starość w 2000 r. i monumentalne badanie PolSenior. Nikt na świecie jeszcze takiego badania nie zrobił, miejmy tę świadomość, bo to ważna sprawa. Jest to olbrzymia robota, znakomicie poprowadzona pod względem metodologicznym i w efekcie również rekomendacyjnym. Stąd możemy czerpać różne przesłanki ważne dla polityki społecznej, w której mieści się polityka zdrowotna.

Cieszę się z tego, co powiedział przed chwilą mój przedmówca, że planowane jest powtórzenie tego badania PolSenior na kolejnej populacji.

To, co pokazały nam dwa badania – pierwsze badanie Piotrowskiego z 1968 r. i badanie nasze, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego z 2000 r. – to rozejście się *in minus* oczekiwań i samooceny stanu zdrowia ludzi starszych w 2000 r., co było zaskakujące dla autorów. Ale dlaczego? Odpowiedź jest tylko jedna: zmienił się standard życia, zmieniły się oczekiwania. To, że mam łóżko w pokoju 3-osobowym, przestało być satysfakcjonujące. Chcemy lepszych standardów życia – to dotyczy wszystkich tu obecnych i nieobecnych – bo takie są relatywnie znakomite warunki zewnętrzne, które nas predestynują do takich oczekiwań. Dlatego też wszystkie działania, o których tutaj mówimy, dotykając tematu zdrowia publicznego, w tym gerontologii, muszą uwzględniać oczekiwania społeczne, a one będą zawsze odmienne niż możliwości.

Drodzy Państwo! W jednym z podtematów w celu piątym jest sprawa promocji zdrowia, działania edukacyjne. Co to znaczy działanie edukacyjne? Mamy definicję geriatrii. To specjalistyczna dziedzina medycyny zajmująca się zdrowiem i chorobami oraz – uwaga – pomocą osobom w starszym wieku i opieką nad nimi. Przed chwilą pani doktor Słońska wspominała o zespołach współpracujących w POZ. Dyskutujemy o miejscu absolwentów kierunku zdrowie publiczne. Aż się prosi, żebyśmy wykorzystali ich jako stymulatorów, monitorujących realizację różnych programów, nie tylko w odniesieniu do ludzi starszych. Nasze doświadczenia, między innymi pana profesora Wojtczaka, doktora Goryńskiego, są raczej pesymistyczne. Przed chwilą pani doktor Wrzesniewska-Wał pokazywała, jakie są losy absolwentów zdrowia publicznego. A co się dzieje z lekarzami, którzy mają specjalizację ze zdrowia publicznego? Czy znajdują swoje miejsce w systemie polityki społecznej? Wiele z tych kierunków, co było pokazane w badaniu lubelskim, umiera. Dlaczego? Absolwenci



widzą, że nie ma miejsc pracy, to po co marnować czas na kształcenie, które nie przekłada się na zatrudnienie?

Wracając do definicji geriatry, podkreślam, że musimy kształcić różnych profesjonalistów, nie tylko lekarzy, nie tylko pielęgniarki. A kształcenie fizjoterapeutów? Oni oczywiście są świetnie przygotowani do różnych działań, ale nie mają tytułu fizjoterapeuta geriatryczny, a może powinni mieć? Nie wiem. Z naszej dyskusji wynika, że są potrzebni różni specjaliści, których etykietyzujemy specjalista zdrowia publicznego. Oni mają różne przygotowanie zawodowe. I proszę, żebyśmy walczyli o ich zatrudnienie w społeczeństwie, nie tylko w placówce zdrowia publicznego, w placówce opieki zdrowotnej.

Geriatry to element kształcenia nie tylko kadr medycznych, ale i absolwentów kierunków uniwersyteckich, przede wszystkim przygotowujących specjalistów z zakresu pracy socjalnej, psychologii i pedagogiki. Niby to się dzieje, tylko że jak śledzę rozwój tych kierunków na uniwersytetach, wynika z tego, że one się pojawiają i znikają, właśnie dlatego, że nikt później się nie interesuje losem absolwentów. Pedagog z jakimś nachyleniem geriatrycznym. A co mnie to obchodzi? A właśnie powinno nas obchodzić.

Musi być kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe. My reprezentujemy Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Proszę państwa, chwała autorom tego opracowania, a zwłaszcza opracowania wstępnego dotyczącego historii Szkoły Zdrowia Publicznego, a właściwie historii CMKP. To zwięzła, bardzo wyważona historia. CMKP powstało jako odpowiedź na narastające potrzeby fachowej kadry działającej w obszarze ochrony zdrowia. Ochrony zdrowia, nie opieki zdrowotnej. I bardzo dobrze, że tak było.

Żałuję, że nie ma tu przedstawicieli kierownictwa, chociaż oczywiście mam nadzieję, że ktoś im przekaze to, co teraz powiem: CMKP miało niepowtarzalną szansę, którą wykorzystywało, kształcenia różnych specjalistów, nie tylko lekarzy, nie tylko pielęgniarek. Kiedy CMKP powstało, mieliśmy sześć studiów, czyli sześć fakultetów: kliniczne, nauk podstawowych, wtedy studium medycyny społecznej, studium farmaceutyczne, studium stomatologiczne. Powoli oddawaliśmy pole, z różnych powodów. Były czynniki merytoryczne i pozamerytoryczne. Jeżeli chcemy mówić o sukcesie polityki opieki zdrowotnej, ochronie zdrowia, tym przyszłym, nie tylko związanym z NPZ, powinniśmy wrócić do punktu wyjścia, czyli instytucji, która już działała, ale dać jej szersze uprawnienia, szersze możliwości na kształcenie tak, jak myśmy kształcili w studium medycyny społecznej na przykład menedżerów, administratorów, pracowników socjalnych, prawników. W tej szkole wymyśliliśmy specjalizację z organizacji opieki społecznej. I to u nas były egzaminy dla specjalistów, którzy w tej chwili niestety już kończą swoje życie zawodowe.

A więc, proszę państwa, mam sugestię, żebyśmy zmienili model kształcenia. To już nie może być stary model. Uczymy się anatomii, uczymy się fizjologii. W gerontologii też uczymy się anatomii, tylko nie na poziomie studentów medycyny. I na to chciałbym zwrócić państwa uwagę.

Potrzebujemy tych pracowników. Nasza myśl ciągle uwiązana jest do placówki opieki zdrowotnej. Nie! Czy pracownik, wolontariusz, administrator uniwersytetu trzeciego wieku, klubu seniora czy w urzędzie nie powinien mieć minimum wiedzy? Sam byłem proszony przez pracowników ośrodków pomocy społecznej, żebym przekazał trochę wiedzy młodzieży, która zgłosiła się do pracy w charakterze wolontariuszy. Piękny pomysł. Młodzież jako wolontariusze pomagający ludziom starszym, ale nie tylko, również niepełnosprawnym w młodszych grupach wiekowych. Tak więc, proszę państwa, w kształceniu muszą być elementy geriatry. Natomiast absolutnie nie możemy sobie pozwolić na to, żeby te programy były jednakowe.

Sam kilkakrotnie byłem proszony o przygotowanie programu kształcenia z zakresu gerontologii z geriatry dla różnych grup zawodowych. Byłem autorem programów dla szkół zawodowych, szkół wyższych, uniwersytetów. Za każdym razem bazowałem na wyjściowym programie przygotowanym przez kolegium lekarzy geriatrów. Ale to nie mogło być powtórzenie, trzeba było brać pod uwagę sylwetkę absolwenta. Dlatego rekomenduję, proszę państwa, żebyśmy zaczęli znowu myśleć na temat programu.

W CMKP została powołana kolejna komisja do rewizji programu kształcenia, między innymi z zakresu geriatry. Jestem dumny, że zostałem zaproszony do tego składu. Jednak podkreślam, w CMKP koncentrujemy się na lekarzach, a my w geriatry, a szerzej gerontologii, chcemy, żeby na przykład asystenci, którzy tu pracują, pomagają parlamentarzystom, żeby oni też coś wiedzieli na ten temat, choćby o osobowości człowieka w starszym wieku. Każdy z nas powinien to wiedzieć i w zależności od sytuacji poszerzać tę wiedzę.

## **Dr Iwona Wrześniewska-Wal**

Dziękujemy bardzo, panie doktorze.

Pan doktor wspomniał, że również mamy inne cele, jednym z nich jest między innymi poprawa sposobu żywienia i stanu żywienia społeczeństwa, aktywność fizyczna, czyli cel numer jeden Narodowego Programu Zdrowia.

Bardzo proszę o wypowiedź pana doktora Śliża.

## Dr n. med. Daniel Śliż\*

Dzień dobry państwu.

Na początku chciałem złożyć najserdeczniejsze życzenia wszystkim paniom, które są na sali, z okazji ich święta.

Rzeczywiście dzisiaj mówiliśmy bardzo dużo o polityce, o tym, jak rozwiązywać pewne problemy, jak dostosowywać nasz system do tego, aby był najbardziej efektywny w całej tej plejadzie koniecznych przemian. Jednak musimy się też zastanowić nad innym aspektem całego przedsięwzięcia realizowanym obecnie przez Narodowy Program Zdrowia. Nad tym, co chcemy osiągnąć i jakie mamy narzędzia w ręku.

Chciałbym poświęcić chwilę na temat tych narzędzi i efektów, jakie możemy uzyskać, czyli właściwie przejść ten proces przemian, który nam towarzyszy i towarzyszył ewolucji całego systemu w krajach rozwiniętych. Cała medycyna w ogóle nie jest przygotowana do tego, żeby rozwiązywać problemy na poziomie medycyny stylu życia czy na poziomie zdrowia publicznego. Niech będzie dowodem to, że 29 grudnia ubiegłego roku zostało zarejestrowane pierwsze w Polsce koło medycyny stylu życia na uczelni medycznej. O medycynie stylu życia czy o nawykach, o tym, że dieta i niepalenie, aktywność fizyczna są bardzo ważne, wiemy od dawna.

Są tu obecni autorzy tego sukcesu, Alicja Baško i Tomasz Wójcikowski. Bardzo serdecznie gratuluję. Są koledzy z WUM, zarażeni pasją krzewienia wiedzy. Ale takich osób jest niewiele i częściej będą korzystali z dobrodziejstw farmakologii, bo łatwiej, a zapominają o tym, że mamy bardzo duże wyzwania i duże możliwości, które możemy realizować za pomocą medycyny stylu życia. To nowoczesny wojownik, proszę państwa, który jest przykładem nowoczesnego świata w krajach rozwiniętych. Osoba, która źle się odżywia, jest otyła, pali papierosy, jest zestresowana i realizuje wszystkie elementy niezdrowego trybu życia, naraża swoje życie na ryzyko. Z definicji zmienił się sposób, w jaki chorujemy. Tak wyglądała epidemia dżumy w XVII wieku, tak wyglądała epidemia hiszpanki w XX wieku, a tak wygląda epidemia dziś.

To zdrowi ludzie, którzy generalnie cierpią z jakiegoś powodu albo za chwilę będą chorowali bardzo poważnie. Jak przyjrzymy się ich portretowi, to okaże się, że 1/3 z tych osób pali papierosy. Mamy 11 milionów chorych na nadciśnienie tętnicze, 60% dorosłych Polaków ma dyslipidemię, czyli jakieś zaburzenia lipidowe. To wszystko przełoży się na to, że będziemy leczyć tych pacjentów nie na proste czynniki ryzyka, które możemy za pomocą medycyny

---

\* Dr n. med. Daniel Śliż – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

stylu życia czy modyfikacji stylu życia ograniczać, tylko będziemy ich leczyć drogo, za pomocą interwencji wewnątrznaczyniowych, za pomocą hospitalizacji na oddziałach udarowych i za pomocą leczenia powikłań, które są niezwykle drogie, np. niewydolność serca.

Mamy troszeczkę miodu w beczce dziegciu – chyba tak należy rozpatrzyć te proporcje – bo mamy dwa razy większą skuteczność w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Ale zobaczcie państwo, możemy mówić w ten sposób, że mamy świetny efekt, bo dwa razy większą skuteczność, ale mamy również 74% osób, które są jak tykające bomby zegarowe i będą musieli skorzystać z usług Zakładu Ubezpieczeń Społecznych czy Narodowego Funduszu Zdrowia.

Mamy epidemię otyłości. Cały czas ta epidemia rozwija się w Polsce. Tu nie ma osób z nadwagą, 6,5 miliona to osoby otyłe. To oczywiście problemy, które są nierozłącznie związane: hyperlipidemia czy dyslipidemia i otyłość. Jesteśmy dzisiaj w Senacie Rzeczypospolitej, więc powinienem mówić ładnie, politycznie poprawnie, więc powiem o hyperalimentacji. My po prostu jemy za dużo, a za mało spalamy, a efekty naszego leczenia na poziomie POZ są mierne, bo mniej niż 10% pacjentów w Polsce ma naprawdę dobrze kontrolowane stężenie cholesterolu.

Pierwsza choroba, która została ogłoszona przez WHO epidemią XXI wieku, to cukrzyca. Ona osiągnęła rozmiary epidemii. To, proszę państwa, choroba, którą potrafimy doskonale leczyć, a jednak przegrywamy walkę. To jest efektywność naszych działań na poziomie hurtowym, czyli populacyjnym. Indywidualnie stosujemy insulinę, metforminę, superleki, ale co z tego, jeśli mamy tylu pacjentów i te choroby się rozwijają? Jeszcze wspomnę o receptach, które są bardzo proste, i o efektywności, opartej na badaniach *evidence-based medicine*.

Nadciśnienie tętnicze – kolejna choroba wszechobecna w naszym społeczeństwie. Mamy doskonale narzędzie: dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*). Dieta, która daje nam ekwiwalent leczenia hipotensyjnego dwoma lekami. To modyfikacja nawyków żywieniowych, nic więcej. Ograniczamy ładunek sodowy i włączamy do diety 400 g warzyw dziennie.

Mamy również badania, metaanalizy, które podsumowują szereg badań pokazujących, że różne modele żywieniowe oparte na schematach roślinnych również są efektywne w leczeniu nadciśnienia tętniczego.

Skład jedzenia na naszym talerzu wpływa na ryzyko sercowo-naczyniowe. Jeśli zamienicie na przykład nasycone kwasy tłuszczowe na tłuszcze trans, to zwiększycie automatycznie ryzyko sercowo-naczyniowe. Najkorzystniejszy efekt jest wtedy, kiedy zamieniamy nasycone kwasy tłuszczowe i tłuszcze trans na tłuszcze wielonienasycone. Dzisiaj już to wiemy, mamy badania epidemiologiczne przeprowadzone na ogromnej populacji, które to dokumentują. Tak

więc nie mówimy już o jakiejś fikcji pod tytułem medycyna alternatywna, ale o bardzo dobrych efektach i punktach wyznaczanych przez EBM.

Szanowni Państwo! Kilka modyfikacji, które można zastosować bez udziału specjalisty w naszym życiu: brak palenia, aktywność fizyczna pół godziny dziennie – na przykład szybki spacer – przestrzeganie zdrowej diety, opartej na piramidzie zdrowego żywienia, i unikanie otyłości. Mamy doskonały lek, który pozwala w 93% ograniczyć ryzyko wystąpienia cukrzycy. 81% mniej zawałów. Tu kłania się raport AMI-PL, jesteśmy wicemistrzami Europy, jeżeli chodzi o liczbę procedur wewnątrznaczyniowych. A po trzech latach jesteśmy wicemistrzami w najgorszym rankingu, to znaczy śmiertelności po incydentach naczyniowych. Więc jest dramatycznie, jeżeli chodzi o zachowanie dobrego trendu, który powinien występować. Nie dbamy o to. Od 8 do 54% pacjentów po wewnątrznaczyniowych zabiegach trafia na rehabilitację – 8% na Mazowszu, 54% na Śląsku. Mają tam 50% udarów i 36% nowotworów.

To są kolejne badania, które pokazują, że diety oparte na produktach roślinnych dają jeszcze lepsze efekty.

Mamy doskonałe narzędzie, które możemy stosować bez mała populacyjnie, do każdego, nie musimy szukać jakichś wybiegów w kierunku diet roślinnych, tylko możemy zaproponować bardzo prostą, efektywną dietę. Mówiliśmy dzisiaj o tym, że powinniśmy edukować, powinniśmy kształcić pielęgniarki, ale również przekonywać lekarzy, nauczycieli i może wprowadzić przedmiot: gotowanie albo tworzenie diety, albo coś, co krzewiłoby wśród młodzieży proste rozwiązanie: ugotuj coś zdrowego. I to jest klucz do sukcesu. Ale pamiętajmy o tym, że całe to gotowanie na nic się nie zda, jeśli nie będziemy odpowiednio spalać kalorii. Najpierw spalajmy kalorie za pomocą aktywności fizycznej, a dopiero później dostarczajmy je w postaci warzyw, przede wszystkim warzyw, a następnie innych produktów.

To wszystko mamy dzięki ustawie o zdrowiu publicznym, dzięki Narodowemu Programowi Zdrowia. To jest pierwszy krok, zapewne początek szeregu zmian, które muszą nastąpić w dramatycznie starzejącym się i dramatycznie chorującym społeczeństwie.

Bardzo dziękuję za uwagę.

## **Dr Iwona Wrześniewska-Wal**

Dziękujemy, panie doktorze, za przedstawienie tego obszaru.

Również cel drugi w Narodowym Programie Zdrowia związany jest z profilaktyką i substancjami psychoaktywnymi. Proszę o wypowiedź pana doktora Wojciecha Zgliczyńskiego.

## Dr Wojciech Zgliczyński\*

Szanowni Państwo!

Korzystając z okazji, chciałbym na wstępie przypomnieć, że tą konferencją świętujemy jubileusz, 45 lat Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP. Cieszę się, że na sali są osoby, które naszej szkole towarzyszyły niemal od początku. Pan profesor Andrzej Wojtczak, pani profesor Maria Miller, pan doktor Jacek Putz. Inne osoby, które nie mogły dziś tu dotrzeć, pan profesor Marek Sanecki i pan doktor Janusz Opolski, przesyłają nam pozdrowienia. Chciałbym podziękować wszystkim osobom, które są odpowiedzialne za to, że spotkaliśmy się tutaj. Szczególnie dziękuję pani profesor Dorocie Cianciarze, panu doktorowi Jarosławowi Pinkasowi i panu profesorowi Ryszardowi Gellertowi. Dziękuję wszystkim, którzy przygotowali wystąpienia, ale także tym, którzy znaleźli czas, żeby tutaj przyjść i wystąpienie wysłuchać. Chciałbym również bardzo serdecznie podziękować gospodarzowi dzisiejszego wydarzenia, panu Marszałkowi Senatu Stanisławowi Karczewskiemu i panu przewodniczącemu Waldemarowi Krasce za to, że stworzył platformę, na której specjaliści zdrowia publicznego mogą się wypowiedzieć, z nadzieją, że ich głos dotrze do szerokiego grona odbiorców.

Traktując Narodowy Program Zdrowia jako ramę dzisiejszej konferencji, chciałbym skupić się na jednym z celów tego programu, którym jest profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Chciałbym przedstawić pokrótce, jakie problemy dla społeczeństwa generują palenie tytoniu i picie alkoholu.

Substancje psychoaktywne towarzyszą populacjom ludzkim od wieków. Ich używanie nie pozostaje bez wpływu na nasze zdrowie i funkcjonowanie, na zdrowie i funkcjonowanie naszych bliskich, a także całego społeczeństwa. Warto odnotować, że jedne z pierwszych regulacji dotyczących zdrowia publicznego były związane z najpopularniejszą substancją psychoaktywną, czyli alkoholem. Ze względu na m.in. długą tradycję działań regulacyjnych w zakresie dostępu i stosowania tych substancji, stanowią one jeden z większych komponentów Narodowego Programu Zdrowia.

Palenie tytoniu w Polsce, podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, mimo notowanych od lat spadków, w dalszym ciągu jest popularne i pozostaje największą pojedynczą przyczyną zgonów, której można zapobiec. Według Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) w 2014 r., osoby codziennie palące tytoń stanowiły w Polsce 22,7% populacji osób w wieku 15 lat

---

\* Dr Wojciech Zgliczyński – Zakład Organizacji Opieki Zdrowotnej i Orzecznictwa Lekarskiego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

i więcej, tj. 7,3 mln osób. Łącznie z osobami palącymi okazjonalnie (3,4%, tj. 1 mln osób) stanowiło to 26,1%, czyli 8,3 mln osób. Problem codziennego palenia tytoniu w Polsce dotyczył częściej mężczyzn (28,8%, tj. 4,4 mln osób) niż kobiet (17,2%, tj. 2,9 mln osób). Problem palenia tytoniu w Polsce dotyczył również dzieci. Wyniki badania przeprowadzonego w 2014 r. wśród polskiej młodzieży w wieku 11–15 lat: inicjację tytoniową przeszło 26,4% tej grupy, a pali 12,3%, w tym 8,1% pali regularnie.

Wyniki EHIS wskazują, że częstość palenia tytoniu jest związana z cechami społeczno-demograficznymi. Oprócz płci z częstością palenia tytoniu powiązane są takie czynniki, jak np. miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, status zawodowy, stan cywilny, sytuacja materialna i wiek. Można ogólnie stwierdzić, że palenie tytoniu jest powiązane z niskim statusem społeczno-ekonomicznym. W Polsce relatywnie częściej codziennie paliły osoby zamieszkałe w miastach niż na wsi. Występowały też wyraźne różnice ze względu na poziom wykształcenia. Najbardziej problem regularnego palenia tytoniu dotyczył Polaków z wykształceniem wyższym, a najczęściej – z zasadniczym zawodowym. Wyraźnie częściej paliły osoby bezrobotne niż pracujące. Występowały też wyraźne różnice ze względu na poziom dochodów, a zależność ta miała charakter liniowy. Częstość palenia w Polsce była również zróżnicowana ze względu na wiek.

Palenie tytoniu oraz narażenie na dym tytoniowy niesie poważne skutki zdrowotne. Palenie oddziałuje negatywnie na cały organizm, a palacze są szczególnie narażeni na choroby układu oddechowego, choroby układu krążenia oraz nowotwory. Ponadto palenie tytoniu jest istotnym czynnikiem innych problemów zdrowotnych, ma także negatywny wpływ na układ rozrodczy i zaburzenia płodności u kobiet oraz zaburzenia erekcji u mężczyzn. Palenie uszkadza układ immunologiczny i odpowiada za ogólne pogorszenie stanu zdrowia. Również bierne narażenie na dym tytoniowy jest czynnikiem ryzyka problemów zdrowotnych zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Ma też negatywny wpływ na kobiecy układ rozrodczy i jest przyczyną niskiej wagi urodzeniowej płodu. Szacuje się, że z powodu palenia w Polsce w 2016 r. zmarło 66 tys. osób (17% wszystkich zgonów), w tym 48 tys. mężczyzn (tj. 24,1% zgonów) i 18 tys. kobiet (tj. 9,6% zgonów). Dodatkowo bierne palenie odpowiadało za 6,2 tys. zgonów, tj. 1,6% wszystkich zgonów. Badania wskazują, że palacze żyją przeciętnie 10 lat krócej niż niepalący, w dodatku przez więcej lat życia borykają się z problemami zdrowotnymi.

Analiza kosztów palenia tytoniu przeprowadzona na zlecenie Komisji Europejskiej obejmująca trzy grupy, tj. bezpośrednie koszty publicznych systemów opieki zdrowotnej nad osobami cierpiącymi z powodu wybranych chorób odtytoniowych, koszty związane ze zmniejszeniem produktywności ze względu



na zwiększoną absencję pracowniczą i długotrwałą niezdolność do pracy spowodowaną paleniem oraz koszty gospodarcze związane z przedwczesną umieralnością, wskazała, że w 2009 r. te trzy grupy kosztów generowały w Polsce straty szacowane na ponad 10% PKB. Jeśli przyjmiemy, że w 2016 r. straty wynosiły 10% PKB, to odpowiadało to kwocie 185,1 mld złotych. Kwota ta znacząco przekraczała wpływy podatkowe do budżetu państwa związane ze sprzedażą wyrobów tytoniowych. W 2016 r. wpływy z podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych wyniosły 18,5 mld złotych. Dodatkowo wpływy z podatku VAT szacowano na około 30 mld złotych. Konsekwencje używania tytoniu dla populacji ze względu na ciągle dużą popularność tej używki są bardzo poważne, nie tylko z powodu wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, obniżonej produktywności i przedwczesnych zgonów. Palenie tytoniu pogłębia istniejące nierówności w stanie zdrowia, nierówności społeczne oraz ubóstwo. Powoduje trudno policzalne cierpienie i obniżenie jakości życia. Ponadto uprawa i produkcja oraz konsumpcja tytoniu mają negatywny wpływ na środowisko.

Działania mające na celu zmniejszenie popularności palenia tytoniu rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia obejmują: monitorowanie postaw i zachowań palaczy, ochronę ludzi przed dymem tytoniowym, pomoc w leczeniu uzależnienia, ostrzeganie o skutkach zdrowotnych palenia, egzekwowanie zakazu reklamy i promocji wyrobów tytoniowych oraz podnoszenie cen wyrobów tytoniowych. Wszystkie te działania są podejmowane w Polsce i prowadzą do zmniejszania się popularności palenia tytoniu. Mimo to palenie wciąż stanowi przyczynę istotnej części problemów zdrowotnych i odpowiada za dużą liczbę zgonów. W celu ograniczenia powszechności palenia tytoniu potrzebna jest większa aktywność władz, w tym ściślejsze egzekwowanie obowiązujących przepisów oraz prowadzenie dalszych działań obejmujących profilaktykę i promocję zdrowia. Przy projektowaniu strategii postępowania należy brać pod uwagę występujące w społeczeństwie różnice społeczno-demograficzne w zakresie palenia tytoniu.

Druga z substancji, o której chciałbym powiedzieć, to alkohol. Zgodnie z informacjami Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) spożycie 100% alkoholu na jedną osobę w Polsce w 2014 r. wynosiło 9,4 l. Poziom spożycia na przestrzeni ostatnich 15 lat wykazuje tendencję wzrostową. W Polsce alkohol jest bardzo popularną używką, po którą sięga około 80% dorosłych. Zarazem około 20% populacji nie pije alkoholu. Wśród abstynentów dominują kobiety (25,5% kobiet to abstynenci). Wśród mężczyzn osoby, które nie piją alkoholu, stanowią około 10,9%. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2010 r. przeciętne spożycie alkoholu w populacji osób pijących powyżej 15. roku życia w Polsce wynosi 24,2 l.



Spożycie alkoholu jest wyraźnie wyższe wśród mężczyzn (31,5 l) niż wśród kobiet (14 l). Jest związane z poziomem wykształcenia i wiekiem – im wyższy poziom wykształcenia, tym mniejszy udział abstynentów oraz im więcej lat, tym mniej pijących alkohol. Spożywanie alkoholu przez dzieci i młodzież jest istotnym problemem. Według badań HBSC, w Polsce 21,1% dzieci w wieku 11–15 lat upiło się co najmniej raz w życiu, a 6,4% pije alkohol co najmniej raz w tygodniu. Według tych samych badań 34,9% dzieci po raz pierwszy piło alkohol, mając 13 lat lub mniej, a 9,2% po raz pierwszy upiło się w tym wieku.

Według WHO, spożywanie alkoholu jest jednym z głównych czynników ryzyka utraty zdrowia populacji. Z używaniem alkoholu wiąże się ponad 200 rodzajów chorób i urazów, w tym m.in. uzależnienia, depresje i samobójstwa, wypadki, utonięcia, a także choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, udary mózgu oraz zwiększone ryzyko powstawania nowotworów jamy ustnej, gardła, przełyku, wątroby, jelita grubego, piersi, a także wad wrodzonych płodu. Wśród uzależnień uzależnienie od alkoholu wyrządza najwięcej szkód osobie uzależnionej i jej otoczeniu. Istnieje również wysoka zależność między nadużywaniem alkoholu a bezrobociem, niższym statusem społeczno-ekonomicznym, wypadkami i przemocą. Spożycie alkoholu jest też jedną z głównych przyczyn przedwczesnych zgonów, zwłaszcza w populacji mężczyzn. Liczba zgonów związanych pośrednio i bezpośrednio z używaniem alkoholu w Polsce w 2013 r. wyniosła ponad 10 tys. Zgodnie z danymi OECD w 2012 r. wśród ogółu zgonów te związane z alkoholem stanowiły w Polsce 7%.

W 2014 r. udokumentowane wpływy do budżetu państwa z produkcji i sprzedaży alkoholu wyniosły ponad 11 327 mln złotych. Złożyły się na to wpływy z dwóch źródeł: podatku akcyzowego od napojów alkoholowych (10 551,1 mln złotych) oraz dochody z tytułu opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Ponadto państwo uzyskuje dochody z tytułu podatku VAT od sprzedanego alkoholu. Są one jednak trudne do ustalenia (według szacunków z 2010 r. wynosiły od 5 do 7 mld złotych).

Koszty spożywania alkoholu ponoszone przez poszczególne kraje szacowane są przez WHO od 1,3% do 3,3% PKB. W Polsce, której PKB w 2014 r. wyniósł 1 719 097 mln złotych, byłoby to od około 22 do 57 mld złotych. Próbę oszacowania kosztów konsumpcji alkoholu w Polsce podjął Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Przeprowadzone analizy wskazały, że koszty utraconej produktywności w wyniku przedwczesnej umieralności z powodu nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego w 2010 r. wyniosły ponad 30 mld złotych. Leczenie uzależnienia od alkoholu i następstw klinicznych tej choroby oraz zatrucia alkoholem bezpośrednio obciąża budżet Narodowego

Funduszu Zdrowia. Oprócz leczenia uzależnień na bezpośrednie koszty ponoszone przez NFZ składają się hospitalizacje z powodu schorzeń wątroby spowodowanych alkoholem, hospitalizacje z powodu intoksykacji alkoholem oraz hospitalizacje z powodu schorzeń mózgu. Całkowite koszty są jednak znacząco niedoszacowane. Nie obejmują bowiem leczenia chorób i urazów z alkoholem w tle, ponoszonych nie tylko przez NFZ, ale też bezpośrednio z kieszeni pacjentów. Alkohol jest czynnikiem sprzyjającym wypadkom, w tym m.in. wypadkom komunikacyjnym i utonięciom. Jest też często związany z próbami samobójczymi. Alkohol jest również tłem znaczącej części przestępstw popełnianych w Polsce. Konsumpcja alkoholu związana jest ze stratami dla rynku pracy, przez absencję chorobową, utraconą produktywność, wypadki przy pracy i wcześniejszą emeryturę. Istotna część kosztów związanych z nadużywaniem alkoholu jest jednak bardzo trudna do oszacowania. Wśród nich wymienia się: spadek jakości życia, cierpienie rodzin, zły wpływ na wychowanie dzieci, cierpienie ofiar wypadków drogowych i przestępstw, ubóstwo, degradacja i wykluczenie społeczne. W efekcie koszty związane z konsumpcją alkoholu kilkakrotnie przewyższają dochody państwa z tytułu podatków od sprzedaży wyrobów alkoholowych.

Potrzebna jest bardziej aktywna rola państwa w działaniach związanych z alkoholem. Konieczne wydają się regulacje, które służyłyby zmniejszeniu szkodliwej konsumpcji alkoholu, na przykład przez ograniczenie jego dostępności (ceny alkoholu oraz liczba punktów sprzedaży) czy zwiększenie społecznej świadomości zagrożeń związanych z piciem alkoholu.

Mówiąc o zdrowiu publicznym, mówimy o interwencjach. W przypadku alkoholu i tytoniu parlament jest najlepszym miejscem, żeby o tym mówić, bo te kluczowe interwencje, w zasadniczy sposób wpływające na konsumpcję alkoholu i tytoniu, które mają zarazem największą skuteczność, leżą w gestii władzy ustawodawczej.

## **Dr Iwona Wrześniewska-Wal**

Bardzo dziękuję, panie doktorze.

Chcieliśmy tutaj też poruszyć problem miejsca i roli specjalisty w zdrowiu publicznym. Chodzi o to, aby tak naprawdę nie rozdzielać opieki zdrowotnej od opieki społecznej. Pan doktor Jacek Pruszyński, bardzo proszę.

## Dr Jacek Pruszyński\*

Szanowni Państwo!

Jestem geriatrą, co oznacza, że tematem mojego wystąpienia będzie starsza część społeczeństwa. Chciałbym zacząć od sukcesów. Co jest naszym sukcesem? Między innymi to, że o ile w czasach pana Benjamina Gompertza firmy ubezpieczeniowe jako swój podstawowy produkt proponowały ubezpieczenia od przedwczesnej śmierci, w obecnych czasach większość wysiłku ubezpieczeniowego jest skierowana na to, aby zapewnić godne życie osobom starszym lub wręcz długowiecznym. To pierwszy nasz sukces, który osiągnęliśmy w ciągu mniej więcej 200 lat rozwoju cywilizacyjnego. Drugi sukces jest taki, że możemy cieszyć się rodziną wielopokoleniową, która liczy cztery lub pięć pokoleń. Rodziną, w której często mamy prapradziadków, pradiadków, dziadków, rodziców i dzieci, które mogą spotykać się, wymieniać doświadczenia, być ze sobą w jednej czasoprzestrzeni. To przekształcenie rodziny z horyzontalnej, a więc takiej, w której mieliśmy dwa lub maksimum trzy pokolenia, w rodzinę wertykalną, wielopokoleniową, to także nasz sukces. Sukces uzyskany dzięki rozwojowi medycyny, dzięki rozwojowi technologii, dzięki rozwojowi systemu zabezpieczenia społecznego, który powoduje, że ludzie nie umierają z głodu, nie umierają z powodu możliwych do wyleczenia chorób, nie umierają z powodu kolejnej epidemii czy klęski nieurodzaju, ponieważ obecnie potrafimy im zapobiec.

Proszę państwa, skoro powiedzieliśmy o sukcesach, to powiedzmy także o wiedzy, którą w tym czasie zgromadziliśmy. Wiemy, że głównym źródłem rodzinnego wsparcia, czy też inaczej mówiąc, głównym źródłem opieki dla osób starszych, takich, którzy wymagają pomocy, jest ciągle jeszcze kobieta w wieku 45–64 lata, kobieta, która dodatkowo z powodu wertykalnej formy rodziny, w której funkcjonuje, jest jednocześnie głównym źródłem wsparcia dla swoich dzieci, a często także dla wnuków. Oznacza to, iż dotychczas działający system wsparcia staje się z powodu przeciążenia coraz bardziej niewydolny. Do niedawna podstawowym źródłem wsparcia była rodzina, dając poczucie bezpieczeństwa wypływające z zaspokojonej potrzeby przynależności, akceptacji oraz życzliwości odczuwanej ze strony pozostałych członków rodziny.

Obecnie, na skutek występujących w całym świecie procesów przeobrażeń społeczeństw, związanych między innymi z mniejszą liczbą dzieci, i wynikającymi z tego zmianami formy i sposobu funkcjonowania rodziny, coraz

---

\* Dr Jacek Pruszyński – Zakład Geriatrii i Gerontologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

liczniejsza grupa osób starszych traci wsparcie tego podstawowego dotychczas źródła pomocy.

Jedną z przyczyn wywołujących to zjawisko jest spadek potencjału opiekuńczego rodziny związany z przemianami jej kształtu i zmianami struktury. Dotychczasowe pojęcie rodziny (określanej dalej jako tradycyjna) dotyczyło grupy związanych więzami pokrewieństwa osób, prowadzących wspólnie gospodarstwo i realizujących szereg funkcji ekonomicznych i opiekuńczych. Cechą znaną takiej rodziny była jej opiekuńczość. Rodzina żyła i pracowała na rzecz swych członków, szczególnie dzieci, jednocześnie wszyscy członkowie rodziny żyli i pracowali na rzecz rodziny. Grupa rodzinna gwarantowała im środki utrzymania i uwalniała od ryzyka ekonomicznego w sytuacji choroby lub niepełnosprawności. Nie zachodziła więc potrzeba tworzenia domów opiekuńczych dla dzieci, starców czy chorych członków rodziny. Wszyscy oni znajdowali pomoc wewnątrz rodziny. Jednakże modernizacja społeczeństwa zachodząca w epoce industrialnej wpłynęła również na funkcje rodziny. Stało się tak między innymi z powodu postępującej specjalizacji poszczególnych członków społeczeństwa. W aspekcie opiekuńczym specjalizacja ta doprowadziła do sytuacji, w której najbardziej oddana swojemu zadaniu opieka domowa nie była w stanie dorównać fachowemu przygotowaniu pielęgniarki czy rehabilitanta zajmującego się osobą chorą lub niepełnosprawną. Inną przyczyną, w wyniku której rodzina przestała być jedynym, czy też głównym miejscem wsparcia, było ograniczenie jej rozmiarów, między innymi z powodu rozposzczelnienia się typu rodziny bezdzietnej czy też z jednym lub dwojgą dzieci. Ogromne znaczenie miała także kurcząca się wielkość rodziny rozszerzonej, czyli „sieci rodzinnej” obejmującej osoby spokrewnione lub spowinowacane. Wynikający z tych zmian proces redukcji liczby osób, stanowiących potencjalne źródło wsparcia i opieki, pogorszył (a w przyszłości jeszcze bardziej pogorszy) dostęp osób starszych do opieki rodzinnej. Dodatkowo w związku z wydłużaniem się życia zwiększa się liczba osób dorosłych mających żyjących rodziców i dziadków. Związane z tym zjawiskiem określenie *sandwich generation* oznacza pokolenie osób posiadających starzejących się rodziców i dorastające dzieci. Toteż osoby te ponoszą jednocześnie emocjonalne i finansowe koszty związane z opieką nad sędziwymi rodzicami (którzy zwykle zwracają się o pomoc do swych dorosłych dzieci) i nad swoimi dziećmi, które rozpoczynając samodzielne życie, szukają wsparcia u rodziców. Obecnie istnieją rodziny trzy-, cztero-, a nawet pięciopokoleniowe, co zwiększyło liczbę rodzin, w których żyją pradiadkowie, dziadkowie, rodzice i dzieci. Przemiana ta spowodowała jakościowo nowe relacje pomiędzy starszą a młodszą generacją, w których charakter kontaktów pomiędzy generacjami uzależniony jest między innymi od

wspólnego lub oddzielnego miejsca zamieszkania. Przy czym, również w Polsce, coraz częściej spotyka się opinię, iż najchętniej utrzymywaną formą współżycia ze starszymi generacjami jest „intymność na dystans”, a więc mieszkanie w tej samej miejscowości, ale nie we wspólnym mieszkaniu. Jednocześnie, pomimo szerokiego rozpowszechnienia formy współżycia określanej jako „intymność na dystans” młodszy członkowie rodziny nadal chętnie korzystają z pomocy babci lub dziadka przy opiece nad dziećmi.

W wyniku postępujących procesów nuklearyzacji i modernizacji rodziny oraz nieformalnych form związków międzyludzkich powstaje trudność w określaniu wzajemnych praw i obowiązków poszczególnych jej członków. Dodatkowym, wspomnianym wcześniej czynnikiem wpływającym na zmienność potencjału opiekuńczego rodziny nad seniorami są migracje ludności. Konsekwencją migracji osób młodszych jest nie tylko zmniejszenie pomocy udzielanej przez rodzinę, ale także wzrost osamotnienia ludzi starszych. Wspomniana powyżej wertykalizacja sieci rodzinnej jest jednym z najistotniejszych czynników wpływających na zwiększenie się liczby osób wymagających wsparcia przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby potencjalnych opiekunów osób starszych. Wertykalizacja sieci rodzinnej powoduje, że zwiększa się prawdopodobieństwo, że w danej grupie będą żyli członkowie kilku pokoleń, przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby osób należących do tego samego pokolenia, ponieważ realizowana dzietność jest na poziomie poniżej prostej zastępowalności pokoleń. Oznacza to również, że potencjalna opiekunka osoby starszej (dotychczas opiekę sprawują, przypomnijmy, najczęściej kobiety w wieku 45–64 lat) będzie jednocześnie miała wnuka lub wnuki. Sytuacja ta powoduje konflikt pomiędzy chęcią udzielenia wsparcia dzieciom (opieka nad wnukami) a potrzebą zapewnienia opieki nad starszymi rodzicami lub bardzo już wiekowymi dziadkami opiekunki. Dodatkowo potencjalna opiekunka to również osoba, której stan zdrowia może być przeszkodą w wykonywaniu czynności opiekuńczych (najczęściej wymagających dużego wysiłku fizycznego, jak na przykład pielęgnacja osoby starszej). Niestety prognozy przewidują, że współczynnik potencjału opiekuńczego (i tak znacząco niższego niż ten, którym charakteryzowały się poprzednie pokolenia) na przestrzeni najbliższego ćwierćwiecza będzie nadal malał.

Sytuację tę można prześledzić, obserwując zmiany, jakim podlega współczynnik potencjału pielęgnacyjnego. Inaczej mówiąc, zmiany liczby osób udzielających wsparcia (w tym wypadku kobiet w wieku 45–64 lat), która przypada na liczbę ludzi tego wsparcia potrzebujących, a więc grupę osób w wieku 80 lat i więcej. W latach 80. ubiegłego wieku, czyli trzydzieści kilka lat temu, w Polsce żyło około 500 tys. osób w wieku 80 lat i starszych. W tym samym okresie mieszkało 3800 tys. kobiet w wieku 45–64 lat, które były głównym

źródłem pomocy dla osób starszych. Po upływie 35 lat, w 2015 r., mieliśmy już 1500 tys. osób w wieku 80 lat lub starszych, czyli w wieku, w którym często już potrzebują wsparcia. Mieliśmy w tym okresie także 5300 tys. kobiet udzielających wsparcia, ale jeśli popatrzymy na liczbę osób, które udzielają wsparcia, i porównamy tę liczbę z liczbą osób, które tego wsparcia zwykle już potrzebują, to widać, że grupa osiemdziesięciolatek i starszych wzrosła znacznie bardziej niż grupa osób udzielających wsparcia. Czego możemy się spodziewać w roku 2050? Zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego będziemy mieli w tym okresie 3500 tys. osób w wieku 80 lat i więcej i jednocześnie tylko 4200 tys. kobiet w wieku 45–64 lat, co oznacza, że mniej więcej na jedną osobę w wieku 80 lat lub starszą będzie przypadła 1,2–1,3 potencjalnej opiekunki.

Rodzina jako dotychczasowe źródło opieki wyczerpuje swoje możliwości i w nieodległej przyszłości zmiany w strukturze, formach i trwałości rodziny spowodują dalszy spadek współczynnika potencjału pielęgnacyjnego, co w konsekwencji oznaczać będzie, że rodzina w mniejszym niż dawniej stopniu będzie w stanie zorganizować opiekę nad osobą niesamodzielną.

W przypadku niezaspokojenia potrzeb opiekuńczych przez rodzinę jednym z alternatywnych źródeł pomocy stają się sąsiedzi i znajomi osoby starszej. W takich wypadkach tak zwana sieć wsparcia sąsiedzkiego pozwala osobie starszej na funkcjonowanie w dotychczasowym miejscu zamieszkania. Często też ta sieć jest komplementarna wobec usług pomocy środowiskowej, oferowanej przez lokalne ośrodki pomocy społecznej. Sąsiedzi mogą być dla osób korzystających z usług opiekuńczych źródłem pomocy w czasie, gdy nie przychodzi opiekunka; doglądają osoby starszej, sprawdzają, czy nie wymaga pomocy, i to oni najczęściej zawiadamiają pogotowie, gdy występuje nagle pogorszenie stanu jej zdrowia. Pomoc sąsiedzka i koleżeńska składa się na nieformalną sieć wsparcia (system wsparcia), który jest potencjalnym źródłem pomocy w przypadku trudnych sytuacji życiowych. Coraz częściej dopiero połączone sieci wsparcia sąsiedzkiego i rodzinnego mogą zapewnić osobie starszej poczucie bezpieczeństwa oraz uczynić jej sytuację bardziej stabilną. Tego rodzaju sieci wsparcia można rozpatrywać w dwóch ujęciach – strukturalnym i funkcjonalnym.

W pierwszym ujęciu sieć jest obiektywnie istniejącą strukturą będącą źródłem potencjalnego wsparcia, gdy jednostka wchodząca w jej skład wymaga pomocy. Z punktu widzenia osoby starszej najistotniejszą kwestią jest dostępność sieci wsparcia, czyli liczba członków sieci mogących potencjalnie udzielić wsparcia oraz odległość między jednostkami udzielającymi wsparcia i odbiorcami. Dlatego też sieć wsparcia to najczęściej grupa sąsiedzka.

W ujęciu funkcjonalnym wsparcie jest definiowane jako rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji proble-

mowej, trudnej, stresowej lub krytycznej. W definicji tej podkreśla się konieczność istnienia trwałych kontaktów społecznych. Wsparcie w przypadku osób starszych najczęściej będzie pochodziło od osób, z którymi dana jednostka najczęściej się spotyka i z którymi wytworzyła odpowiednio silną więź emocjonalną i towarzyską.

Ponieważ wymagające pomocy osoby starsze mają często problemy z poruszaniem się, to krąg osób, z którymi się stykają, zawęża się do najbliższych sąsiadów. W przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowej w życiu jednostki to, czy pomoc zostanie udzielona przez sieć, jest uzależnione od wcześniejszej partycypacji jednostki w danej grupie społecznej. W starszym wieku liczba kontaktów społecznych systematycznie ulega zmniejszeniu, więc i pula osób mogących udzielić potencjalnego wsparcia się zawęża. Przyszła pomoc zależy zatem od rodzaju i jakości kontaktów społecznych wypracowanych przez osobę starszą we wcześniejszych fazach życia.

Tak zwana mała ojczyzna, czyli miejsce, w którym żyjemy i nawiązujemy kontakty społeczne, z jednej strony zapewnia możliwość stworzenia sobie sieci wsparcia, zwłaszcza u osób, które tam przebywają dłuższy czas, ale z drugiej strony może też stać się miejscem, w którym przestajemy poznawać inne osoby, bo na przykład przenieśliśmy się z naszego miejsca pobytu do nowej miejscowości, do nowej dzielnicy, do innego bloku, gdzie jako starsze osoby nie potrafimy stworzyć nowej sieci kontaktów. A więc „mała ojczyzna”, która jest potencjalnym źródłem wsparcia, może być również miejscem tworzącym własne zagrożenia, polegające między innymi na tym, że człowiek starszy pozostawiony sam sobie nie do końca będzie mógł w tej sieci się odnaleźć.

Jakie wnioski można wyciągnąć z tych rozważań? Podstawowy jest taki, że każda z technik wspierania osób starszych samodzielnie może okazać się niewydolna i dopiero ich połączenie, integracja wsparcia rodzinnego, wsparcia sąsiadów i znajomych wraz z systemem opieki środowiskowej, a opieki społecznej z opieką medyczną, być może pozwoli na zareagowanie na wyzwanie, które się przed nami pojawia. Wyzwanie polegające na stworzeniu bezpiecznego i satysfakcjonującego osoby starsze systemu utrzymania ich w naturalnym środowisku. Im bardziej skuteczna będzie taka zintegrowana sieć wsparcia, tym mniejsze będzie obciążenie opieki instytucjonalnej. Czym słabsza będzie sieć wsparcia, tym więcej osób będzie trafiało do opieki instytucjonalnej albo zostawało w systemie opieki medycznej, ponieważ po prostu nie będą mogły wrócić do swojego domu w sytuacji, gdy stan zdrowia nie pozwoli im na pełną samoobsługę.

Jest więc wysoce prawdopodobne, że system opiekuńczo-medyczny, między innymi, będzie przejmować rolę łącznika pomiędzy rodziną osoby starszej, samą osobą starszą oraz jej otoczeniem, choćby po to, aby wspomagać kontakty między wszystkimi elementami sieci wsparcia.



## **Dr Iwona Wrześniewska-Wal**

Dziękuję bardzo, panie doktorze.

Proszę państwa, o finansowaniu już dzisiaj mówiliśmy, ale chciałbym poprosić o bardzo krótką wypowiedź pana magistra Bartosza Kobuszewskiego. Czy są szanse finansowe, gdybyśmy chcieli wykorzystać naszych specjalistów ze zdrowia publicznego do realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia?

## **Mgr Bartosz Kobuszewski**

Dzień dobry państwu.

Pani doktor wybaczy, ale chciałem się jeszcze odnieść do wystąpienia pana marszałka. Powiedział, że jeśli udałooby nam się wyeliminować otyłość czy cukrzycę, to zaoszczędzilibyśmy wiele miliardów złotych w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest też druga strona medalu, bo nie chodzi tylko o te pieniądze, które udałooby nam się zaoszczędzić w kasie NFZ. W ostatnim czasie idea tak zwanych kosztów pośrednich zyskuje na znaczeniu, robi się modna. Wiele uczelni też analizuje koszty pośrednie. Ja w ostatnim czasie szacowałem koszty pośrednie dla opieki psychiatrycznej i właśnie tutaj mielibyśmy szansę zaoszczędzić od 20 do 90 mld złotych, w zależności od tego, jaką metodologią się posługujemy. Innymi słowy, tyle moglibyśmy dodatkowo wyprodukować produktu krajowego brutto, gdybyśmy byli zdrowi, nieobciążeni zaburzeniami psychicznymi. Tak że naprawdę są spore nadzieje à propos celu trzeciego w Narodowym Programie Zdrowia, czyli profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego całego społeczeństwa.

Dzisiaj sporo mówiliśmy o finansowaniu, więc nie będę do tego wracał. Jeszcze słowo na temat wykorzystania kadr, czyli magistrów zdrowia publicznego. Będąc przedstawicielem tej grupy, uważam, może nieskromnie, że tkwi w nas potencjał i wielka szkoda, że nie jesteśmy przez system zagospodarowywani w taki sposób, w jaki jesteśmy przygotowani do pracy.

Bardzo państwu dziękuję.

## **Dr Iwona Wrześniewska-Wal**

Dziękujemy serdecznie za dyscyplinę czasową.

Proszę państwa, chciałam podsumować i zakończyć tę część naszej konferencji. Myślę, że wszyscy państwo zgodzicie się z tym, że jest potencjał. Mamy specjalistów ze zdrowia publicznego w kształceniu przeddyplomowym, podyplomowym, naszych lekarzy specjalizujących się w zdrowiu publicznym. Należy



tylko właściwie zaplanować i uporządkować kształcenie, o czym państwo mówiliście podczas panelu. Tutaj widzę dużą rolę dla nas, dla Szkoły Zdrowia Publicznego, żeby specjaliści zdrowia publicznego mogli, tak jak pani doktor Słońska powiedziała, pracować w zespołach z lekarzami, z pielęgniarkami. Również to kształcenie należy sprofilować, o czym mówił pan doktor Putz, że potrzebni są różni specjaliści.

Zaplanujemy to, ale sądząc po tym, co mówiła pani doktor Sękowska, chyba trzeba już myśleć o Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025.

Dziękuję serdecznie za uwagę.

## Zamknięcie konferencji



## **Senator Waldemar Kraska**

Szanowni Państwo!

Niestety wszystko co dobre szybko się kończy, także ta konferencja. Cieszę się, że mogliśmy państwa gościć w gmachu Senatu. Akurat w tej kadencji jest to już siódma konferencja i myślę, że nie ostatnia. Cieszę się, że była tak merytorycznie przygotowana. Wydaje się, że o pewnych rzeczach wiemy, ale jeżeli je usłyszymy i zobaczymy na slajdach, to zupełnie inaczej wygląda. Więc jeszcze raz chciałbym państwu serdecznie podziękować za to, że chciało wam się taką konferencję przygotować. Myślę, że jakieś efekty z tej konferencji na pewno będą.

Dziękuję pani profesor, panu doktorowi, że tak wspaniale państwo tę konferencję przygotowali. I zawsze zapraszam do Komisji Zdrowia i do Senatu. Jeżeli macie państwo jakieś problemy, chcecie państwo z nami się spotkać, coś przedstawić, zawsze jesteśmy gotowi do rozmowy.

Pan minister Pinkas będzie naszym przewodnikiem i ambasadorem u państwa. Jeszcze raz serdecznie dziękuję i zapraszam ponownie do Senatu RP.

## **Dr hab. n. med. Dorota Cianciara**

Ja ze swojej strony bardzo dziękuję panu senatorowi i na pańskie ręce przekazuję podziękowania dla pana marszałka, że zechcieli państwo nas tutaj gościć. Bardzo dziękuję koledze ministrowi Jarosławowi Pinkasowi, który był rzeczywiście naszym ambasadorem i pośrednikiem w tych kontaktach. Natomiast wszystkim państwu, pracownikom szkoły, serdecznie dziękuję za wkład. Mam nadzieję, że udało nam się pokazać dwa aspekty, to znaczy jedno z najpilniejszych zagadnień w zdrowiu publicznym w tej chwili realizowanych w Polsce, a jednocześnie przedstawić nasz potencjał zawodowy, to, czym szkoła dysponuje, jakimi mózgamy, jakimi umiejętnościami, jakie obszary są podstawą naszego zainteresowania.

Wszystkim, którzy nie są pracownikami szkoły, a wytrzymali z nami do końca tej konferencji, gorąco dziękuję za wytrwałość i cierpliwość.

### **Dr n. med. Jarosław Pinkas**

A ja chciałem poprosić o jeszcze, panie senatorze. Potencjał szkoły jest całkiem duży. Pokazaliśmy pewną kompilację naszych zakładów, ale wydaje mi się, że warto byłoby, żebyśmy zrobili seminarium na temat systemów opieki zdrowotnej na świecie, czym zajmuje się mój zakład. Myślę, że pani doktor Wal ma szereg niezwykle interesujących rzeczy do przedstawienia w kontekście prawnego-etycznym. Mamy pana profesora Sytnika-Czetwertyńskiego. Możemy być bardzo istotnym wsparciem, także merytorycznym, dla senackiej Komisji Zdrowia, która fantastycznie pracuje. Senatorowie są rzetelnie przygotowani i to jest znakomite miejsce do wymiany doświadczeń i pokazania, co się powinno w parlamencie dziać. Państwo macie inicjatywę legislacyjną. My bardzo chętnie włączymy się w prace senackiej Komisji Zdrowia.

Panie senatorze, jeszcze raz dziękuję, że mogliśmy tutaj być. To wielki zaszczyt dla szkoły, że nasze 45-lecie obchodzimy w takim miejscu.

Wielkie dzięki.

### **Senator Waldemar Kraska**

Dziękuję bardzo.

# Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) jest jednostką z 45-letnim doświadczeniem w kształceniu podyplomowym i rozwoju kadr ochrony zdrowia w Polsce. Celem działalności CMKP jest kształcenie specjalistyczne i ustawiczne doskonalenie zawodowe lekarzy i innych osób wykonujących zawody medyczne oraz prowadzenie studiów podyplomowych, a także studiów doktoranckich w dziedzinie medycyny, stomatologii i biologii medycznej.

CMKP doskonali profesjonalną wiedzę lekarzy, lekarzy dentyków, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych. Kształci rocznie około 24 000 słuchaczy.

CMKP to nowoczesna baza dydaktyczna, naukowa i lecznicza w dwu szpitalach klinicznych oraz szeregu klinik i zakładów zlokalizowanych przede wszystkim w największych warszawskich szpitalach publicznych, które stanowią fundament służący nowoczesnemu kształceniu lekarzy zarówno dla potrzeb specjalizacji, jak i podyplomowego kształcenia ustawicznego.

Jako uczelnia o typowo podyplomowym charakterze CMKP wyznacza nowoczesne standardy kształcenia podyplomowego i czuwa, by były zachowywane.

O prestiżu i ugruntowanej pozycji CMKP decyduje kadra naukowo-dydaktyczna, znaczące grono profesorskie i autorytety uznane w środowisku medycznym.

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego jest Alma Mater dla Szkoły Zdrowia Publicznego.

## Dyrektorzy CMKP

1953–1954 prof. Marcin Kacprzak (dyrektor Instytutu Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich)

1954–1958 prof. Walenty Hartwig (dyrektor Instytutu Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich)

1958–1961 prof. Stefan Łukasik (dyrektor Studium Doskonalenia Lekarzy AM w Warszawie)

1962–1970 prof. Edward Rużyłło (dyrektor Studium Doskonalenia Lekarzy AM w Warszawie)  
1971–1974 prof. Edward Rużyłło  
1974–1981 prof. Bohdan Lewartowski  
1981–1984 prof. Jan Doroszewski  
1984–1990 prof. Ryszard Brzozowski  
1990–1993 prof. Jan Kuś  
1993–1999 prof. Jan Doroszewski  
1999–2002 prof. Walerian Staszkiwicz  
2002–2008 prof. Jadwiga Słowińska-Srzednicka  
2008–2016 prof. Joanna Jędrzejczak  
od 2016 prof. Ryszard Gellert

## **Historia Szkoły Zdrowia Publicznego w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego**

Kalendarium z perspektywy zdrowia publicznego  
opracowane na podstawie wspomnień byłych dyrektorów:  
prof. Marka Saneckiego, prof. Andrzeja Wojtczaka  
i prof. Jerzego Leowskiego

- 1951 – powołanie Katedry i Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Warszawie (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 maja 1951 r. w sprawie zmian organizacyjnych w niektórych akademiach medycznych. Dz.U. z 1951 r., nr 28, poz. 223)
- po II wojnie światowej historyczna nazwa „medycyna społeczna” zostaje odgórnie zastąpiona „organizacją ochrony zdrowia”;
- 1953 – powołanie Instytutu Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich jako samodzielnej jednostki organizacyjnej i jednostki budżetu centralnego Ministerstwa Zdrowia z siedzibą w Warszawie (Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 1953 r. w sprawie utworzenia Instytutu Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich. MP z 1953 r., nr 44, poz. 530)
- *spiritus movens* tego przedsięwzięcia i pierwszym dyrektorem Instytutu został prof. Marcin Kacprzak (epidemiolog, higienista, społecznik), a następnie prof. Walenty Hartwig (internista, endokrynolog);
- 1957 – przekształcenie Instytutu Doskonalenia i Specjalizacji Kadr Lekarskich w Studium Doskonalenia Lekarzy w Akademii Medycznej w Warszawie

(Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1957 r. w sprawie Studium Doskonalenia Lekarzy w Akademii Medycznej w Warszawie. MP z 1958 r., nr 9, poz. 49)

- po odwołaniu prof. W. Hartwiga dyrektorem został prof. Stefan Łukasik (ortopeda), a następnie prof. Edward Rużyło (internista, gastrolog)
- pierwszą siedzibą Studium był budynek przy ul. Działdowskiej naprzeciwko klinik dziecięcych AM;

1960 – przeniesienie Katedry i Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia z Wydziału Lekarskiego do Studium Doskonalenia Lekarzy w Akademii Medycznej w Warszawie (Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 listopada 1959 r. w sprawie zmian organizacyjnych w Akademii Medycznej w Warszawie. MP z 1960 r., nr 5, poz. 25)

- kierownikiem Katedry został dr med. (późniejszy prof.) Bogusław Kożuszniak, były pierwszy Główny Inspektor Sanitarny w randze wiceministra zdrowia, znany działacz polityczny i społeczny
- Katedra początkowo mieściła się w budynku Państwowego Zakładu Higieny przy ul. Chocimskiej 24, następnie w budynku Biblioteki Lekarskiej przy ul. Chocimskiej 22
  - kolejne siedziby to lokal przy ul. Partyzantów 1 lub 3 (obecnie ul. Oleandrów) oraz budynek przychodni przy ul. Szajnochy na Żoliborzu; na początku lat 70. nastąpiła ostateczna przeprowadzka do budynku przy ul. Kleczewskiej 63 na Bielanach, odzyskanego przez Studium od Komendy Dzielnicowej Milicji Obywatelskiej, która przeniosła się do nowej siedziby przy ul. Żeromskiego;

1971 – utworzenie Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) jako samodzielnej jednostki typu naukowo-dydaktycznego (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 9 października 1970 r. w sprawie utworzenia samodzielnej placówki naukowo-dydaktycznej pod nazwą „Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego”. Dz.U. z 1970 r., nr 29, poz. 247);

1971 – utworzenie Studium Medycyny Społecznej w CMKP (Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 lipca 1971 r. w sprawie organizacji CMKP. Dz.Urz. MZiOS z dnia 24 lipca 1971 r., nr 14, poz. 66)

- Studium Medycyny Społecznej powstało na bazie Katedry i Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia AM
- kierownikiem Studium był prof. B. Kożuszniak
- początkowo Studium składało się z sześciu zakładów; celem głównym było kształcenie specjalistów II stopnia w dziedzinie organizacji ochrony zdrowia; co roku specjalizację uzyskiwało około 90 osób



- Studium Medycyny Społecznej było głównym organizatorem i koordynatorem szkolenia kadr kierowniczych dla zintegrowanego systemu opieki zdrowotnej – wyszkoliło przyszłych dyrektorów ZOZ i Wojewódzkich Szpitali Zespolonych w całej Polsce, walnie przyczyniając się do sukcesu tej reformy, wskazywanej przez WHO jako przykład do naśladowania;
- 1984 – zmiana struktury Studium Medycyny Społecznej i utworzenie 8 zakładów
- w tym czasie stan kadrowy wynosił 48 osób: 3 profesorów i docentów; 7 adiunktów; 6 starszych asystentów; 7 starszych wykładowców; 1 wykładowcę; 10 pracowników naukowo-technicznych; 11 pracowników administracyjnych
  - rozszerzenie zadań o kształcenie specjalistów I stopnia w dziedzinie medycyny społecznej;
- Lata 80. i 90. – zmiana paradygmatu zdrowia, nowe spojrzenie na uwarunkowania zdrowia, nowa era działań zdrowia publicznego na arenie międzynarodowej;
- 1996 – zmiana nazwy Studium Medycyny Społecznej na nazwę międzynarodową, tj. „Szkoła Zdrowia Publicznego” (Dz.Urz. MZiOS z 1996 r., nr 2, poz. 7)
- Szkoła Zdrowia Publicznego (SZP) została członkiem The Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER)
  - SZP została wyznaczona do realizacji specjalnego programu szkolenia menedżerów polskiej służby zdrowia, organizowanego przez Nuffield Institute of Health University of Leeds w ramach programu finansowanego przez PHARE
    - programem kształcenia objęto 520 osób z kadry kierowniczej polskiej służby zdrowia
    - realizacja szkolenia zyskała pełną aprobatę zarówno słuchaczy, jak i zleceniodawców
  - SZP wprowadziła nowe treści i metody nauczania (w tym interaktywne transmisje wykładów z wiodących europejskich uniwersytetów medycznych, udostępniła zasoby informacyjne bazy WHO i Cochrane)
  - stała się inicjatorem zmian programów specjalizacji
  - podjęła (i kontynuuje) współpracę z różnymi podmiotami, m.in. z uczelniami i instytutami naukowo-badawczymi
  - prowadziła (i prowadzi) intensywną działalność dydaktyczną oraz naukową.

Obecnie Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP jest głównym ośrodkiem kształcenia specjalizacyjnego w zakresie zdrowia publicznego w Polsce. Do ważnych zadań należy także prowadzenie kursów w zakresie zdrowia publicznego

obowiązkowych dla wszystkich specjalności lekarskich. W ciągu kilkunastu lat tysiące lekarzy różnych specjalności skończyło jednolity kurs ze zdrowia publicznego. O jego wartości dla pracy zawodowej świadczą wysokie oceny wystawiane przez uczestników. Od 2015 r. w związku ze zmianami programu specjalizacji lekarskich SZP prowadzi równolegle modułowy kurs zdrowia publicznego dla lekarzy wszystkich specjalności, rozpoczynających specjalizację w nowym trybie. Ponadto SZP ma akredytację do realizowania programu kształcenia specjalizacyjnego w zdrowiu publicznym dla osób z wyższym wykształceniem w zawodach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. W ciągu ostatnich piętnastu lat w Szkole zorganizowano 577 różnych kursów, na których przeszkolono 12 489 osób.

Ważnym polem aktywności pracowników SZP jest działalność naukowo-badawcza. Tylko w latach 1992–2016 opublikowano 947 prac naukowych, oryginalnych i poglądowych, monografii i podręczników.

Obecnie struktura organizacyjna Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP obejmuje następujące zakłady: Zakład Ekonomiki, Prawa i Zarządzania (p.o. kierownika dr n. praw., lek. med. Iwona Wrześniewska-Wal); Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia (kierownik dr hab. n. med. Dorota Cianciara, prof. nadzw. w CMKP); Zakład Geriatrii i Gerontologii (p.o. kierownika dr n. med. Jacek Putz); Zakład Organizacji Opieki Zdrowotnej i Orzecznictwa Lekarskiego (p.o. kierownika dr n. med. Jarosław Pinkas); Zakład Gerontoonkologii (kierownik dr hab. n. med. Janusz Kocik) oraz Zakład Historii Medycyny (kierownik dr hab. n. o zdr. Janusz Ostrowski).

Wśród dokonań SZP w ostatnich latach jest udział w realizacji projektu systemowego „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności, tj. onkologów, kardiologów, lekarzy medycyny pracy” finansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. W ramach tego programu w latach 2008–2015 szkoła przeszkoliła 1163 lekarzy. Od 2016 r. realizuje program szkolenia lekarzy ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego. Program ten ma się zakończyć w 2021 roku. Jest adresowany do lekarzy specjalizujących się w tzw. trybie modułowym w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, tj. w onkologii klinicznej, radioterapii onkologicznej, chirurgii onkologicznej, patomorfologii, hematologii, geriatrii, ortopedii i traumatologii, rehabilitacji medycznej, reumatologii oraz medycynie rodzinnej.

Ponadto SZP pełni funkcję krajowego punktu kontaktowego do spraw szkolenia w dziedzinie zdrowia publicznego dla European Centre for Disease Prevention and Control – instytucji unijnej z siedzibą w Sztokholmie.

Długoletnie doświadczenie Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP i zespół pracowników stawiają ją wśród najlepszych placówek kształcących kadry dla systemu zdrowia w kraju. W związku z aktualnymi przemianami demograficznymi i wyzwaniem epidemiologicznymi szkolenie pracowników systemu ochrony zdrowia nabiera jeszcze większego znaczenia niż do tej pory. Ze względu na doświadczenie i kadry Szkoła Zdrowia Publicznego jest naturalnym partnerem instytucji rządowych w realizacji ustawowych zadań Narodowego Programu Zdrowia, m.in. w zakresie monitorowania i oceny stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa, identyfikacji i analizy rozpowszechnienia czynników stanowiących zagrożenie stanu zdrowia społeczeństwa, identyfikacji przyczyn nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, inicjowania i prowadzenia badań naukowych.

W obliczu planowanych zmian organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, zasadne wydaje się przeszkolenie kadr kierowniczych, m.in. w zakresie celów i założeń reformy. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i Szkoła Zdrowia Publicznego dysponują możliwościami organizacyjnymi i doświadczeniem w tym zakresie, zbudowanymi jeszcze w latach 70., podczas przygotowywania uwieńczonej spektakularnym sukcesem reformy integracyjnej systemu opieki zdrowotnej.

## **Dyrektorzy SZP CMKP**

1971–1977 prof. Bogusław Kożusznik (kierownik SMS CMKP)

1978–1991 dr hab. n. med. Marek Sanecki (kierownik SMS CMKP), prof. WSEiZ

1991–1996 prof. Andrzej Wojtczak (kierownik SMS CMKP, dyrektor SZP CMKP)

1996–2003 prof. Jerzy Leowski

2003–2004 dr Janusz Opolski, prof. WSEiZ

2005–2005 prof. Maria Miller

2005–2011 dr Janusz Opolski (ponownie)

od 2011 dr hab. n. med. Dorota Cianciara













ISBN 978-83-65711-25-0